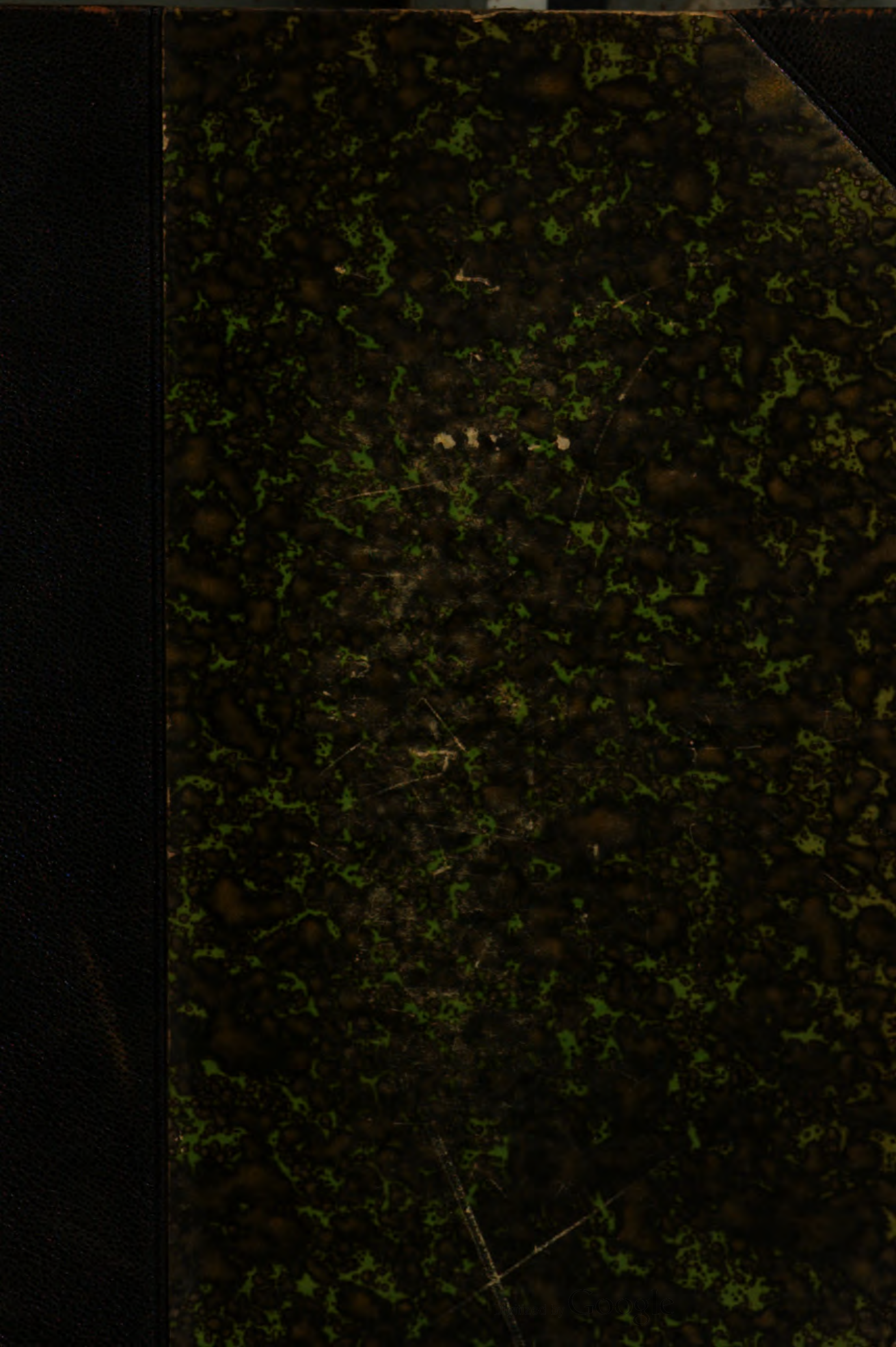
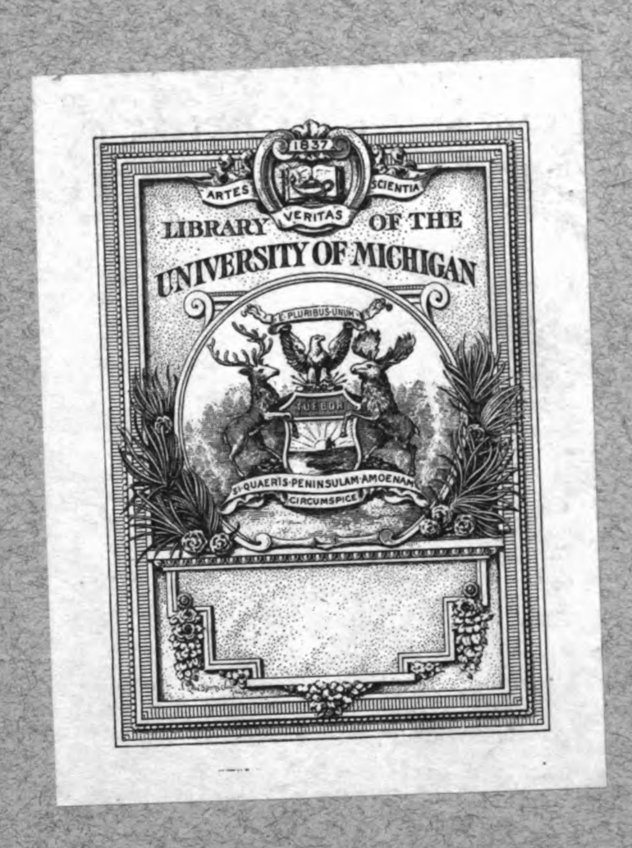
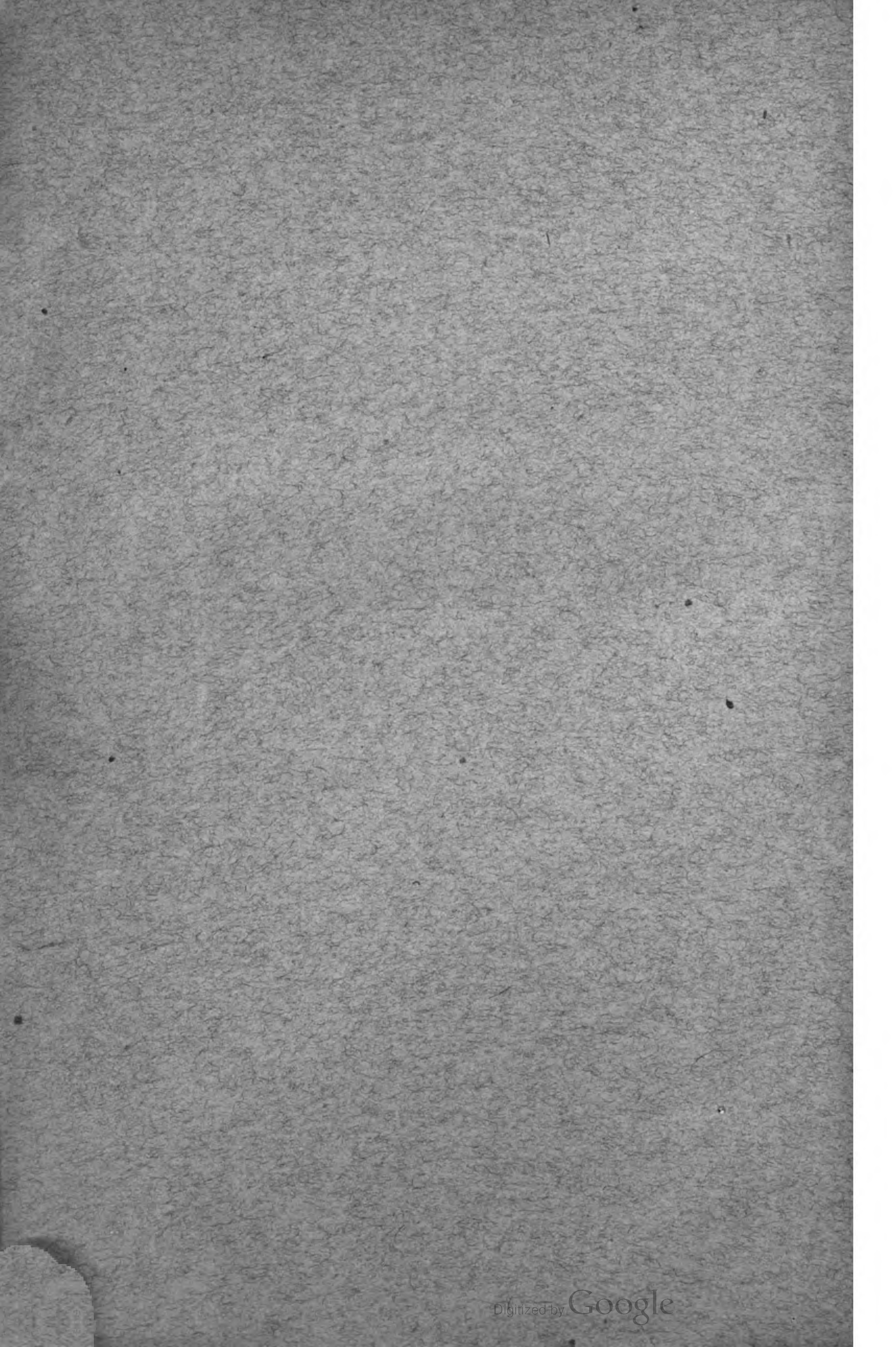



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE


Digitized by Google



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1900.

Originalmittheilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 28, welche den Bericht über den XXIX. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 28, welche den Bericht über den XXXI. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König**, in Berlin. **E. Richter**, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 6. Januar.** **1900.**

Beitrag zur Penisamputation.

Von

Dr. **H. Lucas,**

Assistenzarzt am Kölner Bürgerhospital.

Ausgehend von der Thatsache, dass die meisten Pat. nach Penisamputation eine Striktur der vorderen Urethralmündung mit ihren Folgeerscheinungen behalten, widmeten wir unsere Aufmerksamkeit in letzter Zeit besonders diesem Punkte und benutzen nunmehr eine Operationsmethode, welche vorgenanntem Übelstande abhilft. Wir bewirken durch möglichst weites Isoliren und Hervorziehen der Urethra allein, dass sich diese resp. ihre Schleimhaut im Laufe der Heilung cirkulär über das Corpus cavernosum urethrae umschlägt und nachher, mit der äußeren Haut verwachsend und von ihr cirkulär aus einander gezogen, ein Ostium bildet, welches über dem Niveau der Haut ungefähr $^1/_2$ cm hervorsteht.

Unser Verfahren ist z. B. bei einem Carcinom, welches die ganze Eichel und den anschließenden Penis ergriffen, folgendes (conf. Fig. 1):

Vom vorderen Scrotumwinkel beginnend, führen wir über die Unterseite der Corpora cavernosa der Urethra einen Längsschnitt und präpariren dieselbe von diesem Schnitte unten und seitlich so weit frei, dass wir annehmen können, im Gesunden die nun kommende quere Durchtrennung der Urethra allein vollführen zu können. Nunmehr wird die Urethra auch an der Vorderseite isolirt und alsdann nach unten gelegt. Ein Querschnitt beginnt dann am unteren Ende des Längsschnittes und amputirt den restirenden Theil des Penis, die Corpora cavernosa penis möglichst weit von der Krebsmasse entfernt. Nun ragt aus der Wunde die Urethra isolirt 3—4 cm weit vor.

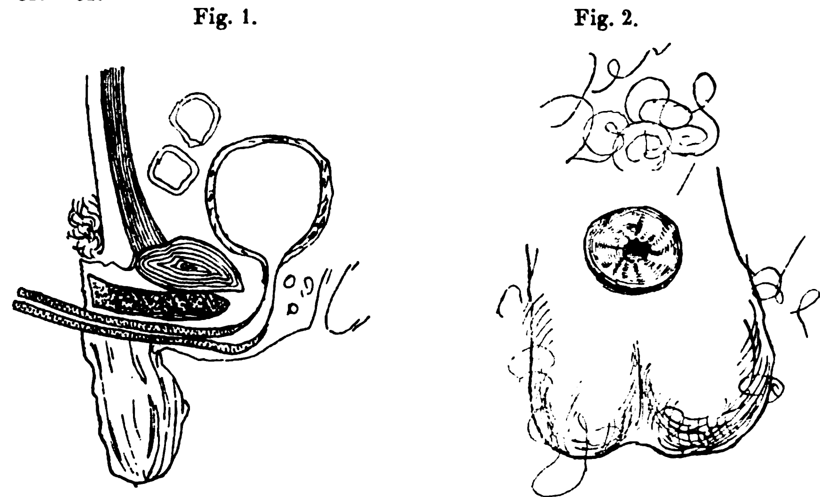


Fig. 1. Fig. 2.

Eine Naht, welche die Ränder der Tunica albuginea der Corpora cavernosa penis fasst und über das Parenchym derselben mit einander vereinigt, senkt den Penisrest in die Tiefe. Dann folgt die Hautnaht, welche theils die Hautwundränder mit einander, theils dieselben möglichst tief mit den Seitenflächen der Urethra vernäht, nämlich 2 cm von ihrem peripheren Ende. Doch soll die Schleimhaut dabei nicht mitgefasst werden. Die Naht, welche die Seitenflächen der Urethra mit der Haut vernäht, soll möglichst gleichmäßig die ganze wunde Seitenfläche mit der Haut vereinigen. Es ist weiterhin rathsam, die Urethra nicht zu sehr ihres umliegenden Gewebes zu berauben, ihren peripheren Theil auch nicht zu viel mit Instrumenten zu fassen, um eine, wenn auch nur partielle, Gangrän zu vermeiden; jedoch ist eine solche bei unseren Fällen nicht eingetreten. Es wird für die ersten Tage ein Dauerkatheter eingelegt. Vom Katheterisiren haben wir Abstand genommen, weil der Druck des Instrumentes die Urethra blasenwärts verschiebt und leicht die

Nähte löst, weiterhin auch unserer intendirten Auswärtsrollung der Schleimhaut entgegen arbeitet. Nach Heilung der Hautwunde wird der Katheter entfernt; die Pat. uriniren dann ohne Schwierigkeiten spontan. Der dauernde nachträgliche Gebrauch des Katheters zur Verhütung der Striktur der äußeren Öffnung ist ganz überflüssig.

Die Drüsenmetastasen entfernen wir in letzter Zeit erst in einer 2. Sitzung nach Heilung der Haut- und Urethralwunde, bei guter Funktion der Blase; es ist uns dann eher die Möglichkeit geboten, den Urin von der Inguinal- resp. Abdominalwunde fernzuhalten.

In dem zuletzt operirten Falle fanden sich sowohl die Inguinaldrüsen, als auch die ante- und retroperitonealen Drüsen carcinomatös entartet. In jedem Falle halten wir nach Drüsenmetastasen weitgehende Umschau.

Der Erfolg unserer Operationsmethode ist ein sehr guter. Eine Striktur ist bei dem Pat., den wir zuerst in der eben beschriebenen Art operirten, bei dem wir die Beobachtung für abgeschlossen erachten können, nicht eingetreten. Die Operation ist vor mehr denn Jahresfrist gemacht. Die Harnröhrenmündung liegt wallförmig, wie eine Halskrause umgekrempelt, vor und ist gleichmäßig nach allen Seiten aus einander gezogen (conf. Fig. 2). Pat. urinirt in einem dicken Strahle, beschmutzt sich niemals die Hose, und der eingeführte Katheter führt nirgend wo auf ein Hindernis. Ihm entgegen möchte ich einen anderen Fall stellen aus der Privatpraxis des Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Bardenheuer. Der Pat. wurde vor 3 Jahren nach der früheren Methode (Spaltung der Urethra seitlich, Klappen nach oben und unten) operirt. Pat. hat eine Striktur, das Scrotum ist Sitz eines Ekzems, und bei dem oft nöthig werdenden Katheterisiren entwickelt sich fast regelmäßig ein Erysipel.

Um nun kurz unsere Fälle zu besprechen, so handelt es sich im 1. Falle um einen 74 Jahre alten Metzger Sch. Er trat am 7. November 1898 ins Hospital ein. Seit 4 Monaten bemerkte er einen Tumor an der Eichel; zugleich waren die Inguinalgegenden Sitz harter Drüsen; das Carcinom war apfelgroß und hatte $1/3$ des äußeren Penis eingenommen. Penisamputation und Drüsenentfernung wurden zusammen vorgenommen. Dauerkatheter. Nach 10 Tagen sind die Wunden geheilt, Pat. lässt spontan Urin, er kann denselben 2 Stunden lang halten. Die Urethralschleimhaut legte sich bald um und verwuchs mit der äußeren Haut. Heute, nach mehr denn Jahresfrist, ist Pat. völlig gesund, versieht sein Handwerk wie vor der Operation, seine Blase und Urethra funktioniren wie früher. Ein Beschmutzen der Scrotalhaut kommt nicht vor, ein Bougiren zur Verhütung der Striktur war nicht nöthig.

Der 2. Fall betraf einen 59 Jahre alten Maurer H., bei dem vor 6 Monaten sich die Anfänge des Tumors zeigten. Die Geschwulst wurde draußen geätzt, worauf rapides Wachsthum eintrat. Pat. trat am 12. Juli 1899 ins Hospital ein. Fast der ganze äußere Penis war Sitz eines jauchigen Carcinoms, man hatte desshalb Bedenken, ihn der aseptischen Station zu übergeben, besonders da er Abends hohe Temperaturen hatte. Die Leistendrüsen waren beiderseits geschwollen. Die Amputation des Penis wird in oben beschriebener Weise sehr tief gemacht mit gleichzeitiger Exstirpation der Inguinaldrüsen. Am Tage vor der Operation hatte Pat. unter Fiebersteigerung einen Ikterus bekommen. In den Wunden in der Inguinalgegend trat eine Retention ein, die sofort geöffnet wurde, doch Pat. starb

am 8. Tage nach der Operation. Metastasen in der Leber, dazu kleine miliare Eiterherde in den beiden Nieren ergab die Sektion. Doch funktionirte die Blase gut, vom 3. Tage an ließ er spontan Urin. Eine Nekrose an der Urethra war nicht eingetreten.

Der 3. Pat., der sich augenblicklich noch im Bürgerhospitale befindet, ein 48 Jahre alter Arbeiter K., bemerkte die Veränderung an der Glans seit einem halben Jahre. Er wurde am 17. Oktober 1899 aufgenommen, das apfelgroße Carcinom der Glans und des Präputiums jauchte sehr stark. Inguinaldrüsen sind beiderseits hart und geschwollen, links lassen sich auch retroperitoneale Drüsen nachweisen. Die Amputation wurde wie oben beschrieben gemacht, Entfernung des Katheters nach 6 Tagen, Urinentleerung von da ab spontan, die hervorstehende Urethralöffnung rollt sich um, das Ostium ist weit. Nach 3 Wochen Entfernung der Drüsen. Es mag dabei erwähnt sein, dass bei Entfernung der linksseitigen retroperitonealen Drüsen die Vena und Arteria iliaca seitlich verletzt wurden. Die angelegte Ligatur stillte die Blutung dauernd.

Heute hat sich die Urethralöffnung umgeschlagen, eine Striktur ist nicht vorhanden, die Blasenfunktion ist eine gute.

Das Zustandekommen der Umkrempelung der Urethra wird unseres Erachtens nach auf folgende Weise bewerkstelligt.

An der Nahtstelle mit der Haut verwachsen Tunica albuginea und Haut mit einander, an der Amputationsstelle der Urethra verwachsen Schleimhaut und Tunica. Die Tunica albuginea hält vermöge ihrer Elasticität die Schleimhaut aus einander. Die Vernarbung geht nun auch an der Außenseite der Urethra vor sich, die Narbe verkürzt sich und schlägt die Tunica und Schleimhaut nach außen um. Dadurch entsteht ein nach vorn sehender konvexer Rand der Tunica, des Corpus cavernosum urethrae und der Schleimhaut; diese wird in die cirkuläre Hautnarbe hinabgezogen. Die elastische Tunica albuginea unterhält einen gleichmäßigen Zug nach außen, baut der Hautretraktion und somit auch der Striktur vor.

Es würde sich eine weitere Anwendung der Operationsmethode empfehlen.

---

1) **A. Depage.** L'anné chirurgicale, revue encyclopédique de chirurgie générale et spéciale. Première année 1898.

Bruxelles, 1899. 1970 S.

Unter Mithilfe einer großen Anzahl Kollegen, meist Belgiern, hat D. es unternommen, nach Art des Hildebrand'schen Jahresberichtes einen solchen über die Erscheinungen der chirurgischen Weltlitteratur — zunächst des Jahres 1898 — zu geben, zur schnellen Orientirung des Lesers und namentlich des Schriftstellers, der über eine bestimmte Frage arbeitet; ein sehr dankenswerthes Unternehmen bei dem kolossalen Anwachsen der Litteratur in den verschiedensten civilisirten Ländern des Erdrundes. Sind doch im vorliegenden Bande 8000 Originalartikel bearbeitet. Den Anfang der Besprechungen macht ein sehr ausführliches Referat über die Geschichte der Chirurgie unseres Gurlt. In den einzelnen zusammenfassenden Kapiteln werden zunächst, alphabetisch nach dem Namen des Autors

geordnet, die Titel der Arbeiten im Originale und in französischer Übersetzung und wird dem genau wiedergegebenen Erscheinungsorte aufgeführt und dann, mit kurzen, prägnanten Worten zusammengefasst, der Hauptinhalt der Arbeiten wiedergegeben. Ein jeder dieser kürzeren oder längeren Auszüge trägt die Unterschrift der Referenten. Sind die Referate Auszüge schon anderweitig publicirter Berichte, so wird dies in korrekter Weise angeführt. Ein doppeltes Inhaltsverzeichnis gestattet rasch das gewünschte Kapitel aufzufinden.

Papier und Druck lassen nichts zu wünschen übrig.

So entspricht denn das Werk den an ein solches zu stellenden Ansprüchen wenn auch nicht absolut, doch so weit es — namentlich bei dem erstmaligen Erscheinen — irgend möglich ist. Es ist eben so fleißig wie genau gearbeitet und wird viel benutzt werden. Hoffen wir, dass es jährlich wiederkehrt und bestrebt ist, die jetzige Höhe der Vollendung noch zu überschreiten. **Richter** (Breslau).

---

2) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 13. Jahrg. 1897.

Braunschweig, **Harald Bruhn,** 1899. 1063 S.

Nunmehr liegt der gesammte 13. Jahrgang des unentbehrlichen Jahresberichts vor, nachdem ein Theil bereits gegen Ende des vorigen Jahres erschienen war. Der 14. ist so weit vorbereitet, dass ein größerer Theil noch in diesem Jahre zu erwarten steht. Somit ist einem lange gehegten und oft geäußerten Wunsche der Verehrer dieses trefflichen Werkes Genüge geschehen, und es bleibt zu hoffen, dass die weiteren Berichte sich ebenfalls in so kurzer Folge den betreffenden Berichtsjahren anschließen werden.

Der Referent über englische und amerikanische Bakterienlitteratur, Kanthack (Cambridge), ist durch Tod aus der Reihe der Mitarbeiter ausgeschieden. An seine Stelle treten Durham (Cambridge) und Nuttal (Cambridge). Auch sonst schieden verdienstvolle Mitarbeiter aus: Günther (Berlin), Hauser (Erlangen), Král (Prag) und Vossius (Gießen). Zum Ersatz wurden gewonnen die Herren Löwit (Innsbruck), v. Rátz (Budapest), Walz (Tübingen), Symanski (Königsberg) und Grunert (Tübingen). Das Referat über die italiänische Bakterienlitteratur hat Lustig (Florenz) übernommen. Entsprechend der Zunahme der bakteriologischen Litteratur ist die Anzahl der Nummern um 290, von 1933 auf 2223 gestiegen.

Hübener (Dresden).

---

3) **E. Fränkel** (Hamburg). Über den Erreger der Gasphlegmonen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 42 u. 43.)

In der vorliegenden Arbeit bestätigt und erweitert F. seine in einer früheren Abhandlung (s. Ref. in d. Bl. 1894 p. 439) gemachten

Mittheilungeden Erreger der Gasphlen über gmonen, indem er zugleich die dagegen von anderer Seite, besonders v. Hibler erhobenen Einwände zurückweist. Er schildert zunächst sein neuerdings geübtes Verfahren für die Isolirung von Anaëroben und besonders des in Rede stehenden Mikroben durch Überhitzung etwaiger Mischkulturen, berichtet dann weiter, dass es ihm gelungen ist, denselben außer auf das Meerschweinchen auch auf den Sperling zu überimpfen und hebt als charakteristische Eigenschaften des betr. Bacillus gegenüber anderen pathogenen Anaëroben die folgenden hervor: 1) in morphologischer Beziehung die absolute Unbeweglichkeit, 2) in biologischer die Inkonstanz und nur ausnahmsweise erfolgende Sporenbildung 3) in Bezug auf das Verhalten dem Thierkörper gegenüber seine Fähigkeit, nach subkutaner Übertragung auf Meerschweinchen oder Sperlinge bei diesen progrediente, gashaltige, mit zunderartigem Zerfalle von Unterhaut und Muskelgewebe so wie freier Ansammlung von Flüssigkeit einhergehende Krankheitsprocesse zu erzeugen und bei intravenöser bezw. subkutaner Einverleibung auf Kaninchen oder Meerschweinchen und Tödtung der Thiere kurze Zeit nach der Infektion die Bildung von Gas in inneren Organen (Schaumorgane) resp. im Unterhautgewebe (nicht regelmäßig) zu veranlassen. — Was das Vorkommen des Bacillus betrifft, so konnte F. denselben einmal in einem aus altem Holze stammenden Splitter, den sich Pat. 12 Tage vorher unter den Daumennagel gejagt hatte, — neben Tetanusbacillen — nachweisen, während Lindenthal und Hitschmann ihn aus dem menschlichen Darme so wie aus Erde gezüchtet zu haben angeben. Unter den bisher bekannt gewordenen ca. 20 klinischen Fällen von Gasphlegmonen ist der »Bacillus phlegmones emphysematosae« in der bei Weitem größten Mehrzahl derselben gefunden worden, so dass er als Krankheitserreger κατ' ἐξοχήν für die Gasgangrän angesehen werden darf. Möglich, dass auch das Bacterium coli, und zwar bei an Diabetes leidenden Personen, und der Heuser'sche Proteus, bezw. beide gemeinsam Erkrankungen, die mit den Gasphlegmonen Ähnlichkeit haben, zu erzeugen im Stande sind; sichere Beweise hierfür fehlen bis jetzt noch. Dagegen hält F. das durch den Bacillus des malignen Ödems bei Thieren hervorgerufene Krankheitsbild für verschieden von dem der progressiven Gasgangrän.

Kramer (Glogau).

---

4) **A. Bier.** Über die nach und während der v. Esmarch-schen künstlichen Blutleere eintretenden Gefäßveränderungen und ihre physiologische Erklärung. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald).

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.)

B. führte durch Versuche am Menschen und am Schweine den Beweis, dass die nach Lösung des Schlauches auftretende Hyperämie mit den Nervenstämmen nichts zu thun hat, sondern dass die durch

die Unterbrechung des Blutstromes geschaffenen chemischen und physikalischen Änderungen den Reiz für die Erweiterung der Gefäße liefern.

Der Reiz wirkt unvermittelt auf die Gefäße selbst ohne jede Zuhilfenahme des Nervensystems, wofür B. beweisende Versuche anführt.

Er glaubt aus diesen auch ausschließen zu können, dass in der Wand der Arterie gefäßerweiternde Nerven liegen, die die Hyperämie zur Folge haben.

Auch tritt die Hyperämie keineswegs nur in Folge von Erweiterung der Arterien, sondern auch der Kapillaren ein.

B. bestreitet ferner, dass die Hyperämie durch bloße Erschlaffung und Erweiterung der Gefäße eintritt, es sich also auch nicht um eine Lähmung des automatisch arbeitenden Gefäßapparates handle.

Er gelangt nun zu der Folgerung, dass lediglich der Widerstand für den arteriellen Blutstrom durch vorübergehende Unterbrechung und Wiederfreigabe desselben ganz gewaltig herabgesetzt wird, was keineswegs identisch mit Gefäßlähmung im gewöhnlichen Sinne ist.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

5. **Février** (Nancy). Valeur de la paille de blé ou d'avoine carbonisée comme matière de pansement.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1899. August.)

Angeregt durch die günstigen Berichte der Japaner über die Verwendung der Strohkohle in Säckchen als Verbandmaterial, hat man in Frankreich Versuche damit angestellt. Bei offenem Feuer scheint die Verbrennung zu rasch und vollständig vor sich zu gehen, die langsamere Verkohlung in einem geschlossenen Gefäße von Eisenblech den Vorzug zu verdienen, wobei am Ende der etwa 45 Minuten beanspruchenden Operation unverbrannte Reste und Fremdkörper herausgelesen werden müssen. Die aus dem Weizenstroh gewonnene Kohle ist die widerstandsfähigste und gröbste, hat den geringsten Rückstand und staubt am wenigsten. Man wählt nur das aus, was die Gestalt des Halmes bewahrt und eine genügende Länge hat, um in dem Säckchen eine gleichmäßige Richtung annehmen zu können. Unregelmäßig durch einander gelagerte Halme drücken leicht. Es wird etwa der 10. Theil des ursprünglichen Gewichts des Strohes an Kohle gewonnen, während etwa eben so viel an Rückstand verbleibt. Die von den Japanern angefertigten 3 Größen der Beutel wurden beibehalten und wogen gefüllt 20, 10 und 5 g; der Preis einschließlich der für die Beutel verwendeten Gaze berechnet sich zu 0,03, 0,015 und 0,0075 Francs für jedes große, mittlere und kleinere Kissen. Die Kissen bewährten nun in trockenem Zustande ein hohes Aufsaugungsvermögen und eigneten sich vorzüglich für reine Wunden, insbesondere Operationswunden, welche in tadelloser Weise verheilten. Für andere, nicht völlig desinficirbare oder eiternde Wunden wurden Kissen verwendet, welche mit einer Sublimatlösung

getränkt waren, und auch die hiermit erzielten Erfolge entsprachen durchaus denen anderer antiseptischer Verbände. Nur war die Bildung eines schwarzen Breies aus der Kohle, der antiseptischen Flüssigkeit und der Wundabsonderung unangenehm; noch lästiger wurde dieser Brei, wenn man fettige Substanzen hinzufügte, Vaseline o. dgl. Die Menge der aufgesogenen Flüssigkeit war auch bei diesen feuchten Verbänden ähnlich erheblich, wie bei den trockenen und betrug bis mehr als das Eigengewicht des verwendeten Kissens. Den Kranken waren die Verbände völlig bequem. Alles in Allem kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Strohkohle zur Aushilfe ein verlässliches und geeignetes Material für Verbände darstelle. Ausschlaggebend für ihre Verwendbarkeit ist offenbar der Gehalt der Halme an Kieselsäure, und je höher derselbe in der verwendeten Strohart ist, desto besser wird sie beim Verkohlen die Form bewahren, ohne zu zerfallen, desto besser wird sie sich mithin zur Anfertigung haltbarer Kissen eignen. Das Stauben wird natürlich nie ganz zu beseitigen sein.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

6) **W. Scholtz.** Beiträge zur Biologie des Gonococcus (Kultur, Thierexperimente und klinische Beobachtungen über gonokokkenhaltige Abscesse im Bindegewebe).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 1.)

1) Bei seinen Kulturversuchen ist S. zu dem Resultate gekommen, dass noch immer Gemische von Agar resp. Bouillon mit serösen vom Menschen stammenden Flüssigkeiten die besten Nährböden für Gonokokken darstellen. Agar mit Urin (ohne und mit Eiweiß), mit thierischem Serum (auch nach Erhitzen auf 60°), mit Blut, Schweineserum-Nutrose-Agar, Kaninchenserum, Eidotter-Agar haben sich als minderwerthig erwiesen. S. benutzt Fleisch- oder Milzwasser-Agar mit Blutserum, Ascites-, Hydroceleflüssigkeit etc. (3 : 1) mit 0,5% ClNa und 1% Pepton. Wo er mikroskopisch Gonokokken fand, konnte er sie auch kulturell nachweisen; bei behandelten Fällen fand er sie kulturell auch dann, wenn sie mikroskopisch (zeitweise? Ref.) nicht zu konstatiren waren. Für chronische Gonorrhoen empfiehlt er, eventuell nach einigen antiseptischen Injektionen (Argent. nitric. 1 : 3000) zu kultiviren. Die Identificirung der Gonokokken in der Kultur gelingt leicht und sicher (kurze Färbung nach Gram und Alkoholeinwirkung von 20 Sekunden).

2) Bei den Thierversuchen ist S. zu ähnlichen Resultaten gelangt wie Wassermann, de Christmas etc. Auch er hat giftige Stoffe in den Gonokokkenleibern gefunden und speciell Meerschweinchen mit diesen Stoffen schnell tödten können. Auch in der vorderen Augenkammer der Kaninchen hat er eine chemische Eiterung erzeugt. Diese reizenden Substanzen sind aber — wenigstens für die Harnröhre des Menschen — nicht für die Gonokokken specifisch; denn, wie Grosz und Kraus, konnte auch S. mit abgetödteten Staphylokokken und Pyocyaneus eine Urethritis erzeugen.



3) S. hat unter 3 Fällen von gonorrhoischer Arthritis 2mal in dem serösen Exsudate die Gonokokken vermisst, ein 3. Mal in dem »mit schwammigen Granulationen untermischten Eiter« sie mikroskopisch und kulturell nachgewiesen; mit Recht hält er auch die Arthritiden mit sterilem Exsudate für Gonokokkenmetastasen; die Gonokokken können sich eben wahrscheinlich nur in der Synovialis längere Zeit lebend halten.

In 3 Fällen hat der Verf. durch den Gonococcus bedingte Abscedirungen im subkutanen Bindegewebe beobachtet. In dem 1. Falle traten an verschiedenen Körperstellen erbsen- bis pfennigstückgroße geröthete, ganz leicht erhabene, ziemlich scharf umschriebene und auf Druck leicht schmerzhafte Herde auf, die zum Theil mit oberflächlicher Nekrose, zum Theil ohne solche sich zurückbildeten, und in denen Gonokokken nicht nachgewiesen werden konnten; 2 dieser Herde aber entwickelten sich zu subkutanen Abscessen, von denen der eine bis in die Muskulatur sich erstreckte, und in denen Gonokokken in Reinkultur nachgewiesen werden konnten. Zugleich bestand eine leichte Endokarditis, vielleicht auch Myokarditis und intermittirendes Fieber. Der Einfluss des letzteren auf die Gonokokken konnte speciell an dem einen Abscess nachgewiesen werden, indem zur Zeit der hohen Temperaturen viel weniger Gonokokken wuchsen, als zur Zeit des Abfalls. Auch an der Urethralgonorrhoe war der Einfluss des Fiebers deutlich.

In einem 2. Falle handelte es sich um einen kleinen Hautabscess an der Wurzel des Penis, der augenscheinlich auf dem Lymphwege zu Stande gekommen war, und in dem sich ebenfalls Gonokokken fanden.

Der 3. Pat. litt an einer echten Phlegmone am Damme im Laufe einer Prostatitis gonorrhoica. Der Eiterherd stand aber weder mit der Prostata noch mit den Cowper'schen Drüsen direkt in Zusammenhang.

Solche progrediente Eiterungen rein gonorrhoischer Natur sind jedenfalls sehr selten. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **A. Buschke.** Über Exantheme bei Gonorrhoe.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 2 u. 3.)

Die Frage der im Anschlusse an Gonorrhoe auftretenden Hauterkrankungen bedurfte zweifellos einer erneuten gründlichen Prüfung. Diese hat B. — durch 3 einschlägige Beobachtungen angeregt — auf Grund des litterarischen Materials vorgenommen. Von den 3 eigenen Fällen war einer ein aus »oberflächlichen urticariaähnlichen Efflorescenzen und tieferen Infiltraten der Cutis und des Unterhautgewebes (ähnlich den Knoten des Erythema nodosum)« zusammengesetzes Exanthem bei einem an gonorrhoischer Arthritis und Endocarditis mitralis unter hohem intermittirenden Fieber erkrankten Manne. Die 2. Beobachtung betrifft ein Mädchen mit Gonorrhoea urethrae, cervicis, recti und gonorrhoischer Fistel; die Pat. be-

kam außer Arthritis und trockener Perikarditis ein dem Erythema nodosum ähnliches Exanthem; ein analoger Ausschlag war auch in einem 3. Falle vorhanden. Der Verf. glaubte unter vorsichtigster Berücksichtigung aller anderen in Frage kommenden Momente diese 3 Exantheme als gonorrhoische auffassen zu müssen.

Auf Grund seiner Litteraturstudien unterscheidet B. 4 Formen gonorrhoischer Dermatosen:

1) Einfache Erytheme, bei denen natürlich Arzneiwirkungen — »balsamische Erytheme« — besonders vorsichtig ausgeschlossen werden müssen; 2) Urticaria und Erythema nodosum — hierher gehören einige Beobachtungen aus der Litteratur und die eigenen Fälle des Verf.; 3) hämorrhagische und bullöse Exantheme — eine Anzahl von mehr oder weniger einwandsfreien Krankengeschichten; endlich 4) die sehr eigenartigen Hyperkeratosen speciell der Handteller und Fußsohlen, wie sie in 4 Fällen der französischen Litteratur vorhanden waren.

Die 3 ersten Gruppen sind nicht scharf von einander getrennt, sondern können sich mannigfaltig kombiniren; sie haben keine bestimmte Lokalisation, setzen meist akut ein, können auch die Schleimhäute betreffen, können in kurzer Zeit verschwinden oder sich über längere Zeit hinziehen, mit und ohne Fieber verlaufen, treten meist im akuten Stadium der Gonorrhoe oder bei akuten Exacerbationen, resp. bei lokalen oder metastatischen Komplikationen ein; besonders von den letzteren ist fast immer eine oder die andere, speciell Arthritis und Herzkomplikationen, vorhanden. Für den Verlauf haben die Exantheme keine besondere Bedeutung.

Bei der Besprechung der Pathogenese betont B., dass die septischen Exantheme bei Mischinfektionen, vor Allem die Arzneiexantheme sorgfältig auszuschließen seien. Die Annahme einer zufälligen Kombination mit idiopathischen Hautkrankheiten sei für manche der berichteten Fälle fast unmöglich, für andere sehr unwahrscheinlich. Die Annahme der reflektorischen Entstehung solcher Exantheme, welche speciell Lewin energisch vertheidigt hat, kritisirt der Verf. (wie der Ref. glaubt, mit vollem Rechte, da die wenigen Beobachtungen in der That nichts beweisen). Er glaubt, dass es sich um toxische oder embolische Exantheme handelt — eine Anschauung, welche in ihrem 2. Theile durch den Fall von Scholtz (s. Referat 6 in diesem Centralblatte) schon bestätigt worden ist.

Jadassohn (Bern).

---

8) **Stark.** Über Largin als Trippermittel.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 10.)

S. hat das Largin in $^1/_4$—1 %iger Koncentration gegen Gonorrhoe versucht und bei Urethritis anterior acuta und subacuta guten, einmal auch einen abortiven Erfolg erlebt; weniger wirkt es bei Urethritis posterior.

Jadassohn (Bern).

---

9) G. Nobl. Zur kausalen Therapie der Blennorrhoe.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1899. No. 7.)

Bei seiner Besprechung der neueren gegen die Gonorrhoe benutzten Präparate und Methoden empfiehlt N. die Silberpräparate (Argonin, Protargol, Largin, Itrol) speciell für die Urethritis acuta anterior, Argentamin auch für die posterior; jedes dieser Mittel kann »in bescheidenem oder weiterem Umfange seinen Platz ausfüllen«. Viel verwendet er auch das Ichthyol für die Urethra anterior, speciell auch zur »Dekongestion« und zur Aufsaugung entzündlicher Exsudate, gegen Prostatitis etc. Die Spülmethode mit Kali hypermanganicum empfiehlt N. vorzugsweise für die Erkrankungen der hinteren Harnröhre; starke Reizungen hat er wesentlich bei frischen Fällen gesehen; eine abortive Wirkung hat er »höchst selten« beobachtet. Von inneren Mitteln bevorzugt er das Salol; mit Salosantal hat er eine Heilung akuter Fälle bei Fortlassen der lokalen Therapie in 6—8 Wochen nicht erzielen können; doch wirkte es bei Blasenhals- und Blasenerkrankungen günstig. Toxische Erytheme hat er nie dabei gesehen. **Jadassohn** (Bern).

---

10) A. Steche. Die innere Medikation bei Gonorrhoe und deren Folgezuständen mit besonderer Berücksichtigung des »Gonocol«.

Das Gonocol ist nichts Anderes als »die über 300° C. siedenden alkoholischen Bestandtheile des durch Destillation mit Wasserdampf aus den Stämmen von Santalum album L. gewonnenen Rohöles«. Es ist nahezu geruchlos und absolut wasserhell und enthält 99,5% Santalol. Es soll von den unangenehmen Nebenwirkungen des Sandelöls (ausgenommen den subjektiven Symptomen vom Magen) frei sein. Wer also das Oleum Santali gern gegen Gonorrhoe benutzt, würde bei dem »Gonocol« wenigstens hoffen können, ein reines Präparat zu erhalten. **Jadassohn** (Bern).

---

11) Bettmann (Heidelberg). Über Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 38.)

B. bestätigt die günstige Wirkung der äußerlichen Anwendung des Methylsalicylats (1 : 2 Ol. oliv.) bei gonorrhoischer Epididymitis in Bezug auf rasche Beseitigung der Schmerzen. Die Mischung wurde auf Watte gegossen, diese aufgelegt und mit Guttapertschapapier vollständig bedeckt, darüber ein Suspensorium angelegt. Verbandwechsel alle 12 Stunden während der ersten 3—4 Tage, danach Druckverband. **Kramer** (Glogau).

---

12) **J. Nicoll.** Observations in the sterilisation of cathetres and bougies and on the presence of bacteria in the urethra.

(Annals of surgery 1899. Juni.)

Auf Grund einer Reihe bakteriologischer Untersuchungen, über deren Anordnung das Original nachzulesen ist, kommt Verf. zu folgenden für die Praxis geltenden Schlüssen.

1) Wenn möglich, z. B. bei den meisten Strikturen, ist der Katheter zu vermeiden, und sind metallene oder elastische Bougies, die leichter sterilisirt werden können, zu verwenden.

2) Wenn ein Katheter nöthig ist, so sind rothe Kautschukkatheter, Jacques' Patent wenn möglich, anzuwenden. Diese werden gekocht und können ohne Schaden monatelang in Karbollösung 1 : 20 oder Sublimat 1 : 1000 aufbewahrt werden.

3) In Fällen, wo die Jacques-Patentkatheter die Harnröhre nicht passiren, sind elastische Katheter zu verwenden, rothe, schwarze oder gelbe. Bei septischem Urin wird der Katheter nach Gebrauch sofort vernichtet. Ist der Urin nicht infektiös, so wird der Katheter nach dem Gebrauche mit Wasser und Seife, dann mit einem Antisepticum gewaschen und mit Dampf durchströmt. Diejenigen Katheter, die diese Procedur ohne Schaden überstehen, werden weiter verwendet.

4) Wendet ein Pat. selbst einen elastischen Katheter an, so wäscht er ihn nach dem Gebrauche mit Seifenwasser, spült ihn einige Minuten unter der Wasserleitung durch und bewahrt ihn in Bor- oder schwacher Sublimatlösung auf. **W. Hirt** (Breslau).

---

13) **W. B. Clarke.** Remarks on encysted vesical calculi with an account of twenty-seven cases.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 13.)

C.'s Erfahrungen beruhen auf 27 Fällen von Divertikelsteinen der Harnblase. Wegen des Fehlens der gewöhnlich den Blasensteinen zukommenden Symptome, Hämaturie und Tenesmus, macht die Diagnose gewöhnlich große Schwierigkeiten. Auch die Sondenuntersuchung kann völlig im Stich lassen. Das stets vorhandene Symptom der kürzer oder längere Zeit bestehenden Cystitis ist, da es sich meist um ältere Pat. mit Prostataveränderungen handelt, nicht unzweideutig. Es wurde desshalb auch die Diagnose auf Stein in nicht ganz der Hälfte der Fälle vor der Operation gestellt. C. hat es sich zur Regel gemacht, bei Prostatikern zu operiren, wenn die cystitischen Erscheinungen auf die gewöhnliche Behandlung hin nicht zurückgehen. Selbst wenn kein Stein gefunden wird, wirkt die Ausschaltung der Harnröhre bei der vorhandenen Prostatahypertrophie für den Pat. wohlthätig. Von 15 operirten Pat. starben 4, genasen 11. Die anatomische Untersuchung der Divertikel hat C. zu der Überzeugung gebracht, dass doch häufig auch die Muskelschicht der Blase einen Bestandtheil der Sackwandung bildet. Wenn

der Divertikelsack einen engen Hals hat, empfiehlt sich die Drainage desselben, die je nach der Lage des Divertikels verschieden ausgeführt wird. Am besten ist die perineale Drainage.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

14) **Deaver.** Movable kidney.

(Annals of surgery 1899. Juni.)

Nach ausführlicher Besprechung der Diagnose der Krankheit und namentlich der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Verhältnisse empfiehlt Verf. im therapeutischen Theile der Abhandlung neben der Allgemeinbehandlung (Massage, Bäder, Regelung der Verdauung) für die meisten Fälle die Operation. Bandagen hält er für zwecklos und in den meisten Fällen lästig. Verf. wendet sich gegen die Naht, denn er hat einen Fall von Nierenabscess danach gesehen, den er auf die Durchstechung der Tubuli mit der Nadel zurückführt. Das Verfahren des Verf., dessen specielle Anweisungen im Original nachgelesen werden müssen, besteht im Grunde darin, dass die Oberfläche der Nierenkapsel durch Skarifikationen, die nicht in das Nierenparenchym eindringen dürfen, angefrischt wird. Die Niere soll dann durch Granulationsbildung mit der Bauchwand verwachsen. Verf. berichtet über 9 nach dieser Methode von ihm in den Jahren 1897 und 1898 operirte Fälle. Alle wurden geheilt entlassen. Ein Nachuntersuchungsbefund wird bei keinem angegeben.

W. Hirt (Breslau).

---

15) **A. Rattier.** Des épanchements urineux d'origine rénale.

Paris, 1899.

»Bei einem 34 Jahre alten, bisher gesunden und kräftigen Manne trat plötzlich nach Brechen heftiger Schmerz in der rechten Lendengegend auf; fast unmittelbar darauf stellte sich Hämaturie ein. Nach einigen Stunden bildete sich unter ganz rapider Vergrößerung in der Nierengegend eine Geschwulst aus 48 Stunden nach Eintreten der ersten Krankheitssymptome erfolgte Aufnahme in die Klinik Poncet's. Dyspnoë; fliegender Puls; Temperatur 39°. Urin blutig, stinkend. Voluminöse Schwellung der ganzen rechten Bauchgegend. Die sofort vorgenommene Freilegung der Nierenumgebung ergab einen ausgedehnten, jauchigen Urinabscess; an der Vorderfläche der Niere zeigte sich eine geräumige, mit blutigem Eiter gefüllte Tasche. (Bei der Operation scheint die Peritonealhöhle eröffnet worden zu sein; Peritonitis? Ref.). Tod 24 Stunden p. o.

Die Sektion ergab doppelseitige Hydronephrose, links weniger weit ausgebildet. Die untere Hälfte der rechten Niere bestand nur noch aus einem dünnwandigen, mit dünnflüssigem, etwas blutigem Eiter gefüllten Sacke; in ihn hinein war, an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Niere, eine ›Ruptur‹ erfolgt (Schilderung etwas unklar, Ref.). Gangränescirende Phlegmone des präperitonealen Gewebes der ganzen rechten Bauchseite, bis hinab zum Cavum Retzii.«

Im Anschluss an diesen Fall stellt R. weitere 39 Beobachtungen von »Urinergüssen renalen Ursprunges« aus der Litteratur zusammen und verwerthet sie zur Aufstellung eines Krankheitsbildes, das unter geschickter Verwendung des Materiales eine ausführliche und wohl auch erschöpfende Besprechung erfährt. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Der Urinerguss setzt eine Verletzung des Reservoirs (Nierenbecken oder oberster Harnleiterabschnitt) voraus; er erfolgt nicht, wenn nur »Rupturen« des Nierenparenchyms allein vorliegen. (R. greift auf Arbeiten von Tuffier [Duplay und Reclus] und Tillmanns zurück.)

2) Die Verletzung kann eintreten bei gesunder und kranker Niere; bei letzterer, bei herabgesetzter Widerstandsfähigkeit; des Gewebes, erfolgt die Perforation oft spontan; das Trauma »unterstützt« nur.

3) Der Urin ergießt sich zuerst in die nächste Nachbarschaft der Niere, dann in die weitere; beim Hervorströmen in großer Mächtigkeit und Schnelligkeit bildet sich die »Urininfiltration« aus; bei kleiner Verletzung, bei »chronischem« Erguss — Tropfen auf Tropfen — entstehen die Urintaschen oder Urinabscesse.

Die Verschiedenheit des Urinergusses ist also abhängig:

a. von der Menge des ausströmenden Urins;

b. von der Größe des Lochs;

c. von der umgebenden Fettkapsel.

4) Die Natur des Ergusses kann sein:

a. (rein blutig bei alleiniger Parenchymverletzung, die außerhalb der Betrachtung fällt);

b. rein »urinös«: bei Verletzungen des Nierenbeckens allein; bei Rupturen von Hydronephrosen (spontan oder nach Trauma);

c. blutig-urinös: Kombination von a und b;

d. urinös-eitrig: in Folge Infektion von Seiten vorhergegangener Ergüsse; bei Perforation der Pyonephrose.

5) Das schließliche Schicksal der Urinergüsse hängt davon ab, ob Infektion eintritt oder nicht. Im ersteren Falle tritt Phlegmone ein mit gangränösem Charakter, bei Bildung eines perinephritischen Abscesses; im letzteren wird die Flüssigkeit resorbirt oder sie dickt sich ein.

Bei 29 Beobachtungen von Verletzungen der gesunden Niere und Platzen der Hydronephrose erfolgte 8mal sekundäre Infektion.

6) Die Urinabscesse sind progredienter Natur; der Spontandurchbruch nach außen setzt ihrem Fortschreiten einen »natürlichen« Halt entgegen. Oft erfolgt vorher der Tod, so in 9 Fällen von Rupturen der Hydronephrose oder Pyonephrose, wo keine Operation vorgenommen wurde.

7) Der Spontandurchbruch erfolgt gewöhnlich durch die Bauchdecken der Lendengegend nach außen; bisweilen ergießt sich aber der Eiter in eine »Eingeweidehöhle«: am häufigsten in die Bronchien oder in das Colon (1 Fall), selten in die Pleurahöhle, ins Peritoneum (1 Fall), ins Duodenum (1 Fall) und in den Magen.

8) Die einzige rationelle Behandlung der Urinergüsse ist die frühzeitige Incision mit Ausräumung der Tasche und regelrechter Drainage. Bisweilen ist die Nephrektomie indicirt.



Von operativen **Eingriffen** wurden vorgenommen bei

1) **traumatischen** Rupturen:

6mal **Punktion** (4 **Heilungen**, 2 Todesfälle);
3mal die **einfache Incision** (1 Heilung, 2 Todesfälle);
3mal **Nephrektomie** (2 Heilungen, 1 Todesfall);

2) **Rupturen** der Hydronephrose:

2mal **einfache Incision** (1 Todesfall);
4mal **Nephrektomie** (4 Heilungen);

3) **Rupturen** der Pyonephrose:

3mal **einfache Incision** (1 Todesfall);
4mal **Nephrektomie** (1 Todesfall).

Gross (Straßburg i/E.).

---

16) **R. Alessandri.** Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes.

(Revue de chir. 1899. No. 8 u. 9.)

Nach einer etwas langen Einleitung, in welcher A. die Nothwendigkeit einer möglichst konservativen Richtung in der Nierenchirurgie erörtert, bespricht er diejenigen Verletzungen der Niere, welche, mit einer Zerreißung der großen Hilusgefäße derselben einhergehend, bisher eine Entfernung des Organs erfordert haben, um die weitere Frage, ob die Verletzung der Nierenarterie oder Vene, bezw. beider mit dem Leben und der Funktion der Niere immer absolut unvereinbar sei, an der Hand eigener experimentellen Untersuchungen zu beantworten. Indem er die zahlreichen derartigen Versuche anderer Forscher vorausschickt, theilt er die zum Theil von denen Letzterer abweichenden Ergebnisse der von ihm an Katzen und Hunden ausgeführten und in Unterbindung der Vene oder Art. renalis oder in Umschnürung beider Gefäße bestehenden unter sorgfältiger Darstellung auch der bei den einzelnen Experimenten erhaltenen mikroskopischen Befunde mit. Wir heben daraus in möglichster Kürze Folgendes hervor. Die Unterbindung der V. renalis erzeugt bei jenen Thieren zunächst schwere Erscheinungen von Stasis und Ödem mit Vermehrung des Volumens und Gewichts der Niere und dadurch ernste Störungen in der Ernährung und Funktion der epithelialen Nierenelemente. Durch Ausbildung kollateraler Cirkulation und durch allmähliche Regeneration jener tritt mit der Zeit, nicht selten in vollständiger Weise, eine Wiederherstellung der Funktion ein, so dass das Organ sogar bei plötzlicher Unterdrückung der Thätigkeit der anderen Niere deren Funktion zu übernehmen vermag. In anderen Fällen dagegen geht ein Theil der Niere durch Nekrose oder hämorrhagischen Infarkt zu Grunde. A. glaubt hieraus für die Behandlung von Verletzung der Nierenvene beim Menschen folgern zu dürfen, dass man sich zunächst auf Ligatur des Gefäßes beschränken könne. Auch die Unterbindung des Stammes der Art. renalis führt zu ähnlichen Ergebnissen: zunächst zu Zunahme des Gewichts und Umfangs der Niere, dann —

und zwar bei den einzelnen Thieren in verschiedenem Grade (in sehr geringem bei der Katze) — zu Entwicklung kollateraler Cirkulation durch die Gefäße der Umgebung, während in den Partien, wo es nicht dazu kommt, Erscheinungen anämischer Nekrose bis zur Infarktbildung eintreten. Letztere können auch, wie besonders beim Hunde, durch die Entwicklung reichlicher Kollateralen ganz ausbleiben, so dass allmählich eine Restitutio ad integrum mit normaler Funktion erfolgt. Da auch beim Menschen zahlreiche kollaterale Gefäße (Artt. surrénales, diaphragmatiques, lombaires, urétérales etc.) vorhanden sind, nimmt A. an, dass bei ihm die Aussichten für Erhaltung der Niere eben so günstig seien, wie beim Hunde. Die Unterbindung der Nierenstielgefäße führt Anfangs zu weniger ausgesprochenen Stasiserscheinungen, hingegen, wenn auch nicht rapide, zu schwerer und ausgedehnter Coagulationsnekrose der epithelialen Elemente, die in Folge der nicht genügenden kollateralen Cirkulation irreparabel ist. Cirrhose des Organs mit allmählichem Untergang der erhalten gebliebenen Partien von Nierengewebe ist die schließliche Folge. (So interessant A.'s Versuchsergebnisse sind, so dürften doch aus ihnen für die chirurgische Behandlung der Verletzungen der Art. oder Vena renalis beim Menschen nur mit größter Vorsicht Schlüsse zu ziehen sein, da es sich bei letzteren kaum je um so einfache unkomplicirte Verwundungen handelt, wie sie bei den Thieren experimentell gesetzt wurden, und der sie begleitende Bluterguss um und in die Niere neben anderen Faktoren das Inkrafttreten kollateraler Cirkulation mit den bei den Thieren so günstigen Folgeerscheinungen erschwert. Ref.) **Kramer** (Glogau).

---

17) **J. Schnürer** (Wien). Die primäre Nierentuberkulose.

Sammelreferat. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie. Bd. II. Hft. 12—14.)

In der Arbeit S.'s berührt angenehm die sorgfältige Sichtung und geschickte Verarbeitung des verfügbaren, reichen Materiales. Die pathologische Anatomie der primären Nierentuberkulose, ihre klinische Symptomatologie, die Therapie erfahren eine ausführliche Besprechung bei sachlicher Kritik; vielleicht ist die »Differential-Diagnostik« etwas kurz behandelt.

Jedenfalls wird die Arbeit als Sammelreferat dem Princip des Centralblattes der Grenzgebiete gerecht, »die Leser mit dem jeweiligen Stande wichtiger Fragen vertraut zu machen«; in wie weit sie im Stande ist, das Studium der Originalarbeiten zu ersetzen, wagt Ref. nicht zu entscheiden. Hervorzuheben ist die erschöpfende, anregende Darstellung.

Zum ausführlichen Referate ist die Arbeit (29 Seiten) nicht geeignet. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

18) **B. Floderus.** Bidrag till kännedomen om njurtuberkulosens operativa radikalbehandling.

(Hygiea Bd. LXI. p. 1.)

Unübersteigliche Schwierigkeiten haben sich bisher dem operirenden Chirurgen bei der Indikationsstellung der direkten operativen Eingriffe an den Nieren bei Urogenitaltuberkulose entgegengestellt. Diese Schwierigkeiten finden hauptsächlich in dem verschiedenen Charakter des Symptomenkomplexes, vielleicht auch in dem noch fühlbaren Mangel an einer größeren Anzahl genau beobachteter und längere Zeit nach dem Eingriffe verfolgter Fälle ihre Erklärung. Um einen Beitrag zur Ausfüllung dieser Lücke in der chirurgischen Litteratur zu liefern, veröffentlicht Verf. die 14 bisher in der chirurgischen Klinik zu Upsala ausgeführten Nephrektomien bei Nierentuberkulose.

Verf. giebt die sehr ausführlichen Krankengeschichten, die er kritisch beleuchtet, und giebt dann eine Zusammenfassung seiner Ergebnisse, aus welcher folgende Punkte besonders hervorzuheben sind.

Die Nephrektomien der rechten Seite sind etwas häufiger vorgekommen als die der linken, eben so scheinen sie eine bessere Prognose darzubieten. Dieses Verhältnis erklärt Verf. dadurch, dass die rechte Niere, besonders bei Pat. weiblichen Geschlechtes, viel öfters traumatischen, zur Tuberkulose prädisponirenden Insulten ausgesetzt ist als die linke. Aus derselben Ursache ruft die Tuberkulose der rechten Niere viel früher klinische Symptome hervor als die der linken. Da also die Tuberkulose der linken Niere sich mehr verborgen entwickelt, können in ihr viel weitergehende Veränderungen sich entwickeln, ohne klinisch bemerkbare Symptome hervorzurufen. In Folge davon hat bei der primären linksseitigen Nierentuberkulose die Krankheit verhältnismäßig oft die Blase und die andere Niere schon ergriffen, ehe Pat. in die Hand des operirenden Chirurgen kommt.

Von operationstechnischen Einzelheiten ist besonders zu beachten, dass Lennander schon bei den ersten diesbezüglichen Fällen sich bemüht hat, alles Erkrankte zu entfernen, desshalb auch die Harnleiter möglichst weit unten resecirt hat. Die in der genannten Klinik zuerst ausgeführten vollständigen Nephro-Ureterektomien zählen auch zu den allerersten dieser Operationen, die überhaupt ausgeführt sind.

Auf die reiche Fülle der lehrreichen Einzelbeobachtungen näher einzugehen würde über die Grenzen eines Referats führen.

A. Hansson (Cimbrishamn).

Kleinere Mittheilungen.

Eine Führungssonde für die Gigli-Säge, zum Gebrauch bei Schädeltrepanationen.

Von

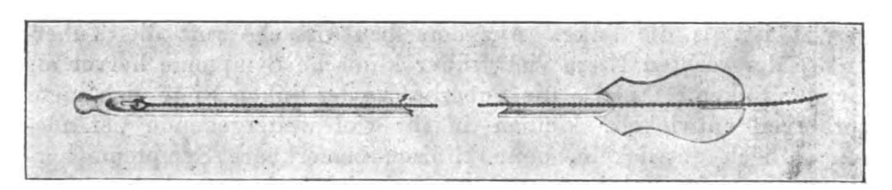
Dr. H. Gross,

Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Straßburg.

Die 15 cm lange, 4—5 mm breite Hohlsonde ist an ihrem vorderen, knopfförmigen Ende massiv. Hinter diesem gedeckt liegt, in der flachen Rinne der Sonde eingelöthet, ein nach vorn stark gekrümmter Haken zur Aufnahme einer der beiden Endösen der Gigli-Säge. Das hintere offene Ende der Sonde trägt eine herzförmige Platte als Griff, in deren Einschnitt die Drahtsäge eingeklemmt wird. Diese wird so in der Rinne der Sonde genügend fest ausgespannt. Man kann der Sonde jede in Betracht kommende Krümmung geben, ohne dass die Säge ihr Bett verlässt. (Abbildung.)

Die Sonde hat bisher ausschließlich bei der temporären Schädelresektion Verwendung gefunden. Sie dient dazu, die Gigli-Säge innerhalb des Schädeldaches von einem Bohrloche zum anderen zu leiten. Mit dem abgerundetem Knopfe an ihrem Ende hebelt sie die Dura leicht vom Schädeldache ab, auch bei festen pachymeningitischen Verwachsungen; eben so schonend lassen sich die großen Sinusse überbrücken.

Sobald die Öse der Säge in dem 2. Bohrloche erscheint, wird sie vom Haken o sgelöst, und die Säge hervorgeholt; die Sonde — es empfiehlt sich, sie noch etwas über das 2. Bohrloch hinauszuführen — bleibt liegen, um während des Sägeaktes die vordrängenden Gehirntheile zurückzuhalten und zu schützen.



Diese Fürsorge ist unbedingt geboten, wie ich mich oftmals bei Operationen an der Leiche, wie am Lebenden überzeugt habe. Ohne eine solche Lagerungs- und Schutzvorrichtung sind Einrisse der Dura und Einschnitte ins Ependym fast unvermeidlich, besonders bei größerer Entfernung der Bohrlöcher. Zwischen ihnen, am gewölbten Schädeldache, ist die Säge immer, wie die Sehne eines Bogens, ausgespannt.

Früher benutzte ich eine aus ganz weichem, biegsamem Silber gefertigte Sonde, die gestreckt in das Bohrloch eingeführt wurde. Sie passte sich, wie die Uhrfeder Lauenstein's[1], während ihres Verlaufes zwischen Dura und Schädeldach der Krümmung des letzteren an und wurde nach oben konvex umgebogen.

Diese weichen Sonden sind aber nicht praktisch. Die arbeitende Säge erfordert ein »gerades« Bett, das die Hirndecken zurückhält.

Das mir jetzt vorliegende Modell der Führungssonde ist aus härterem Metalle hergestellt, so dass sie sich auch bei stärkeren Widerständen (festen Verwachsungen) nur wenig oder gar nicht in ihrer Form verändert. Gewöhnlich biege ich ihr vorderes, das einzuführende Ende, etwas nach oben, nach der Rinne zu, um, so dass ihr Krümmungsradius etwa halb so groß ist, als der des zu durchschneidenden Schädelabschnittes.

[1] Lauenstein, Zur Technik der Schädeltrepanation etc. Centralblatt für Chirurgie 1898.



Das hintere, nicht einzuführende Ende der Sonde wird ganz nach oben gebogen: So lässt sich bei dünner Weichtheildecke die mit der Säge armirte Sonde bequem in die große Öffnung des Doyen'schen Fraisebohrers einführen und von hier aus weiterleiten; bei dickerer wird man bisweilen den die Bohrlöcher verbindenden Weichtheilschnitt verlängern (in der Richtung auf den Griff der Sonde zu), auch ev. das Bohrloch selbst in derselben Richtung mittels der Luer'schen Knochenzange erweitern müssen.

Bei einiger Übung lässt sich mit Hilfe der Sonde die temporäre Schädelresektion, in dem gewöhnlichen Umfange von 4—6 cm im Quadrat, äußerst schonend und exakt in wenigen Minuten herstellen.

Die Führungssonde der Drahtsäge dürfte auch bei anderen Operationen eine passende Verwendung finden, so bei Unter-, Oberkieferresektionen etc. Man kann ihr jede Krümmung geben. Das lästige Anschlingen der Endöse, wie das Durchziehen der Säge an dem Faden fällt fort.

Der Instrumentenmacher Georg Haertel in Breslau hat gebeten, die Herstellung der Sonde übernehmen zu dürfen.

Beitrag zu den Lageanomalien des Darmes: Mesenterium commune, Postposition des Dickdarmes (Col. transversum) hinter dem Dünndarme (Duodenum). Achsendrehung, Laparotomie, Tod.

Von

Dr. **Theodor Hausmann** in Lenczyca (Russ. Polen).

Der hier zu beschreibende Fall wurde von mir selbst nur bei der Autopsie genau explorirt, während der Laparotomie war ich bloß als Zuschauer zugegen, den Krankheitsverlauf habe ich selbst nicht beobachtet. Doch da von anderer Seite eine Publikation des seltenen Falles nicht zu erwarten ist, so halte ich es für meine Schuldigkeit, das interessante Material zu veröffentlichen.

Gottlieb Schlimmer, 22 Jahre alt, Soldat in der russischen Armee, erkrankte am 12. März 1899 mit Schmerzen im Abdomen und Stuhlverstopfung. Am 14. gesellte sich Erbrechen hinzu. 3 Tage ohne Behandlung. Am 15. ins Regimentslazareth aufgenommen. Der Kranke giebt an, dass er bereits 4mal an einer ähnlichen Krankheit mit Leibschmerzen, Erbrechen und Stuhlverstopfung gelitten, das letzte Mal vor 8 Monaten, doch sei dieselbe stets in einigen Tagen von selbst vorübergegangen. Das Abdomen ist stark aufgetrieben, schmerzhaft, Erbrechen, Stuhlverstopfung. Temperatur Morgens 39,5°, Abends 39,7°.

16. Status idem. Temperatur 38,5—39°. Natr. sulf. 15,0 (sic!). Klysma.

17. Nachts 3mal flüssiger Stuhlgang. Heftige Leibschmerzen. Abdomen stark aufgetrieben, tympanitisch in allen Regionen. Ol. ricini (sic!). Temperatur 38,2 bis 38,7°.

18. Morgens heftiges Erbrechen. Hohe Wassereingießung, die einige kleine Skybala herausbefördert. Allgemeinbefinden sehr schlecht. Schmerzen im Abdomen heftiger. Auftreibung sehr bedeutend. Tympanitis in allen Theilen des Abdomens ziemlich gleichmäßig, ohne wahrnehmbare Differenzen im Schall. Kothbrechen. Nachdem noch Clysma, Magenspülung, Kalomel (sic!) versucht, ohne Erfolg, wird Laparotomie beschlossen und von einem zu diesem Zwecke eingeladenen frei prakticirenden Chirurgen ausgeführt. Temperatur 38,0—37,5°.

Nach ergiebiger Eröffnung der Bauchwand in der Linea alba kommt man im unteren Mesogastrium auf einen prallgespannten Intestinaltheil, der seinem Umfange nach als Magen imponiren kann, und der, aus der Bauchhöhle ausgetrieben, sich als gewaltig ausgedehntes Coeco-Ascendens erweist, welches in der Richtung nach rechts oben, ohne Knickung in seinem Verlauf, bis zum Orte der Flexura hepatica verfolgt werden kann, an welcher Stelle die Ausdehnung ziemlich plötz-

lich aufhört, um einem strangartigen, collabirten Darmtheile Platz zu machen. Es lässt sich nachweisen, dass Coecum, Colon ascendens und Dünndarm mit einem gemeinsamen Mesenterium versehen sind. Die Dünndarmschlingen liegen einerseits innerhalb der 3 Schenkel des Dickdarmes, andererseits unter dem Coecum im kleinen Becken rechts vom Coecum auf der rechten Darmbeinschaufel, das Coecum also von 3 Seiten umgebend — rechts, links und unten: das Coecum schwimmt gewissermaßen auf den Dünndarmschlingen. Nachdem das Coecum auf die rechte Darmbeinschaufel zurückgelagert, was wegen fehlender Adhäsionen und Verwachsungen leicht gelang, so weit es die Raumbeengung gestattete, sieht man die vorher collabirten, luftleeren, weißgrau anzusehenden distalen Dickdarmtheile sich mit Luft füllen, woraus auf eine Wiederherstellung der Passage geschlossen werden konnte. Eine ergiebige Entleerung des Coeco-Ascendens fand jedoch nicht statt wegen Lähmung der Darmwand. An diesem Darmtheile habe ich auch keine Peristaltik sehen können, während die Peristaltik sicher erhalten war an den Dünndärmen und dort deutlich zu Tage trat während einer Brechattacke des Chloroformirten. Ascendens und Coecum von blau-brauner Farbe, Dünndarm stark hyperämisch, Transversum und Descendens von blasser Farbe.

Die Reposition der aus der Bauchhöhle herausgedrängten Därme machte große Schwierigkeiten. Sobald Coecum ascendens in die rechte Bauchseite zurückgebracht, treten die geblähten Dünndarmschlingen aus der Bauchhöhle, und umgekehrt. Nachdem erst durch eine tief per anum eingeführte Magensonde Gas und Koth bei gleichzeitigem Drucke auf die Gedärme nach außen geleitet, gelingt es, die Därme in der Bauchhöhle festzuhalten. Eine Punktion der Därme wurde nicht gemacht. Die Chloroformnarkose dauerte 2 Stunden.

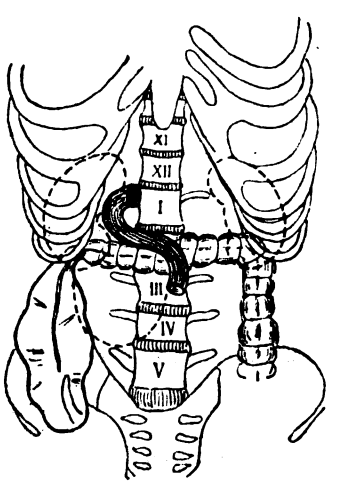
Die während der Operation von mir gewonnenen Eindrücke gingen dahin, dass die Flexura hepatica bereits ohne freies Mesenterium nach hinten fixirt war, derart, dass sie einen fixen Punkt (Hänge) darstellte, um welchen die Drehung des in Folge gemeinsamen freien Mesenteriums frei beweglichen Coeco-Ascendens stattgefunden, eine Drehung, die sich in 2 Komponenten zerlegen lässt, einmal Drehung medianwärts in der Frontalebene, dann Drehung nach vorne in der Sagittalebene. Leider blieb es mir ungewiss, in welchem Grade außerdem noch eine Spiraldrehung vorkam; auch sind die bei der Operation zunächst betheiligten Kollegen darüber im Unklaren geblieben. Weiter aber muss eine Zerrung des gemeinsamen Gekröses dadurch stattgefunden haben, dass durch die in den vom Coecum verlassenen Raume eingetretenen Dünndarmschlingen, ohne dass dadurch eigentlich eine Drehung um die Mesenterialachse zu Stande kam, doch in geringem Grade eine Strangulation bewirkt wurde, deren Wirkung sich addirte zu dem durch die Abknickung an der Leberflexur hervorgerufenen Obturationsileus.

Im weiteren Verlaufe hatte der Kranke Nachts eine flüssige Darmentleerung. Am Morgen des nächsten Tages klagte er nicht über Schmerzen im Abdomen, wohl aber über quälenden Durst und große Schwäche, und war somnolent. Der Puls war sehr schwach und beschleunigt (120—160). Es ließ sich ein septischer Process vermuthen. Es wurden einige Kochsalzinfusionen subkutan applicirt. Um 4 Uhr Nachmittags Exitus letalis.

Die Sektion ergab Folgendes: Deutliche Zeichen einer Peritonitis septica, die während der Operation nicht vorhanden waren: tiefbraune Verfärbung der Därme. Exsudat von braunrother Farbe. Leicht lösbare fibrinöse Verklebungen zwischen den Darmschlingen, frische Fibrinauflagerungen. Colon transversum und descendens von blasser Farbe, ohne Entzündungserscheinungen. Die Lagerung der Därme zeigt ganz überraschende, von den bei der Operation gefundenen wesentlich sich unterscheidende Verhältnisse. Den ganzen rechten Abdominaltheil, so wie die Mitte und das kleine Becken wurden von Dünndärmen eingenommen. Das Colon ascendens lag hinter Dünndarmschlingen, das Coecum lag links, unmittelbar dem ascendens an. Es bestand somit eine Achsendrehung um die gemeinsame Mesenterialachse in einer dem Gange eines Uhrzeigers umgekehrten Richtung, derart, dass die Dünndarmschlingen nach rechts hin vorn über das nach links gedachte Coeco-Ascendens gefallen waren. Nach Entwicklung der Därme

zeigte es sich, dass das Colon ascendens und Coecum an mehreren Stellen Serosarisse und an einer Stelle Riss der Taenia anterior aufwies, die während der Operation nicht vorhanden waren. Die Entstehungsursache dieser Achsendrehung scheint mir auf der Hand liegend: sie ist eine im Eifer der Reposition artificiell geschaffene Verlagerung, begünstigt durch das gemeinsame freie Mesenterium. Ein mahnendes Beispiel, wie verhängnisvoll es werden kann, wenn man durch die Wichtigkeit der Aufgabe, die Därme wieder in die Bauchhöhle zurückzubringen, topographische Vorstellungen in den Hintergrund drängen lässt, und wenn man allzu gewaltsam bei der Reposition vorgeht. Durch Nahtfixation des freien Mesenteriums an die hintere Bauchwand wäre eine derartige artificielle Achsendrehung sicher vermieden worden. Ein tödlicher Ausgang wäre in diesem Falle wohl nicht vermieden worden, denn die in dem paralytischen Coeco-Ascendens gestauten toxischen Stoffe hätten wohl in jedem Falle zur allgemeinen Sepsis geführt, und eine Resektion des paralytischen Darmtheiles kam aus rein äußeren Gründen nicht in Frage.

Bei weiterer Besichtigung der Bauchorgane nach Lagerung der Därme in ihren normalen Situs zeigten sich folgende Verhältnisse: Coecum liegt auf der Fossa iliaca dextra, Einmündungsstelle des Ileum in der Höhe der Articulatio iliaca. Coecum und Colon ascendens ballonartig ausgedehnt, gespannt[1]. Das Mesenterium commune am Coecum ca. 14 cm hoch, allmählich zur Flexura hepatica hin niedriger werdend. Vom Coecum dünndarmwärts wird das Mesenterium noch bedeutend höher. Am Colon transversum ist bereits kein freies Mesenterium vorhanden. Die Ansatzlinie des gemeinsamen Mesenteriums, dessen beide Blätter bis an die Basis an einander liegen, verläuft in einem nach unten konvexen Bogen (Fig.), ihr unterster Punkt liegt in der Höhe etwa der Mitte zwischen Coecum und Flexur. Die Leberflexur liegt auf dem unteren Nierenpol — also in normaler Höhe — und ist in einer Ausdehnung von ca. 6 cm geschrumpft, von derber Beschaffenheit, in ihrer Lichtung erheblich verengt, von schmutzigbrauner Farbe. Distalwärts nimmt das Transversum normales Aussehen und Form an. Beim Verfolgen des Transversum nach links hin, verschwindet dieses plötzlich an der rechten Seite der Wirbelsäule unter einem Dünndarmtheile, der von rechts oben nach links unten vor ihm hinwegzieht, um jenseits desselben wieder zum Vorschein zu kommen. Der Dünndarmtheil ist fest auf dem Transversum fixirt. Es handelt sich um die Endpartie des Duodenum, welches, vom Pylorus aus beginnend, in seiner Pars horizontalis nach rechts verläuft, dann, nach unten umbiegend, keine differenten Pars descendens und Pars ascendens erkennen lässt, sondern in einem nach rechts konvexen flachen Bogen nach unten links verläuft, und nachdem es das Colon transversum überbrückt, ohne scharfe Biegung an der linken Seite der Wirbelsäule in das Jejunum übergeht[2].



Lage der in Betracht kommenden Eingemeidetheile (schematisch), nach Reposition des Coeco-Ascendens in den Normalsitus. Bogenförmig punktirte Linie vom Endtheile des Dünndarmes bis zur Flexura hepatica: Ansatzlinie des Mesenteriums.

[1] Ob die Ausdehnung des Coeco-Ascendens nur auf einem in Folge der Koth- und Gasstauung eingetretenen paralytischen Zustande beruht, oder ob hier auch außerdem als Grund eine angeborene Divertikelbildung angenommen werden darf (Koch), lasse ich dahingestellt sein.

[2] In diesen Verhältnissen scheint mir eine Bestätigung der His'schen Ansicht zu liegen, dass der zur primären Darmschleife (Nabelschleife) gehörige Darmtheil

Das Transversum ist in seiner ganzen Länge ohne freies Mesenterium an die hintere Bauchwand fixirt, verläuft annähernd wagrecht und überschreitet die Wirbelsäule in der Höhe des 2. Lendenwirbels. Lage und Form des Magens normal, er ist mit dem links vom Duodenum verlaufendem Theile des Transversum durch das Netz verbunden, welches von geringen Dimensionen ist und kaum über den unteren Rand des Transversum herüberreicht, nach rechts hin bis zum Duodenum sich erstreckt. Hinter der wohl ausgebildeten Plica hepatoduodenalis gelangt man in das Foramen Winslowii. Der oberhalb des Transversum liegende Duodenalabschnitt liegt der hinteren Bauchwand nicht fest an, sondern hat ein kurzes freies Mesenterium. Das relativ weite Foramen Winslowii führt in eine wohl ausgebildete Netzhöhle.

Das Wesentliche in diesem Befunde ist das, dass das Duodenum nicht hinter dem Transversum, sondern vor ihm hinwegläuft, derart, dass das Transversum in seiner ganzen Länge an die hintere Bauchwand angeheftet ist: eine Anomalie, die einer Entwicklungsabnormität ihre Entstehung verdankt.

Vom Ende des 2. Embryonalmonates hat die Nabelschleife eine vom gewöhnlichen abweichende Lageänderung erfahren: nachdem sich der aufsteigende Schenkel links neben den absteigenden gestellt (Drehung der Radix), und nachdem sich das Colon an die linke Platte des Mesoduodenum geheftet, hat sich der aufsteigende Schenkel, der in Folge Längenwachsthums eine Wanderung eingeht, nicht der Regel folgend vor dem rechts liegenden Dünndarm (absteigender Schenkel) mit der Anlage des Coecum voran nach rechts gewendet, sondern ist hinter demselben bis zum Coecum an die Leber gelangt. Der Descensus Coeci ist dann in normaler Weise erfolgt, nur ist die Anwachsung des Mesocolon für Coecum und Ascendens an die hintere Bauchwand ausgeblieben (Mesenterium commune).

Entwicklungsanomalien lassen sich im Allgemeinen entweder darauf zurückführen, dass eine Wachsthumshemmung vorliegt, oder dass das Wachsthum in falscher Richtung erfolgt. Speciell für Entwicklungsfehler des Darmes stelle ich folgende Klassifikation[3] auf:

A. Hemmung.

1) Stillstand im Urzustand des geraden Darmes. Nur ein von Meckel beschriebener Fall bekannt. Normalzustand bei Amphibien und Fischen, jedoch nicht bei Allen.

2) Stillstand in der Position der Nabelschleife. Meist liegen hier sämmtliche Dünndarmtheile rechts, sämmtliche Dickdarmtheile links, bei Transposition aber umgekehrt. Die Wanderung der dem aufsteigenden Schenkel entsprechenden Darmtheile vor dem absteigenden Schenkel her auf die andere Seite ist hier ausgeblieben, wohl sind aber die Därme in Folge Längenwachsthums mehr oder weniger stark geschlängelt und unterscheiden sich in so fern von der einfachen Nabelschleife. Fälle von Moser[4] und Gruber[5]. Normalzustand bei den meisten Carnivoren.

3) Stillstand in den folgenden Stadien, wo der aufsteigende Schenkel, resp. Coecum mehr oder weniger weit nach rechts hinüber gewandert ist, wie im Falle XII bei Toldt[6]. Normalzustände bei Affen, Halbaffen.

---

im Anfange des 2. Monats vom unteren Ende der Pars descendens duodeni ab bis zur späteren Flexura coli hinreicht, also außer Jejunum und Ileum noch die Pars inferior duodeni umfasst. Toldt verlegt den Anfang der primären Darmschleife in die spätere Flexura duodeno jejunal., während His dieselbe an dem unteren Ende der Pars duodeni descendens beginnen lässt.

[3] Diese Klassifikation bezieht sich nur auf Anomalien, die die ganze Darmanlage betreffen, während bei ihr Anomalien, die diskrete Darmtheile, wie Flexura sigmoidea, Meckel'sches Divertikel, Coecum etc., betreffen, nicht in Betracht gezogen sind.

[4] Toldt, Die Darmgekröse und Netze im gesetzmäßigen und gesetzwidrigen Zusande, Fall XI.

[5] Koch, Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 51.

[6] Toldt, l. c.

B. Falsche Wachsthumsrichtung.

1) Der aufsteigende Schenkel der Nabelschleife stellt sich nicht links, sondern rechts neben den absteigenden, das Colon heftet sich also nicht an die linke, sondern rechte Duodenalplatte. Darauf dürfte meines Dafürhaltens die als Transposition bekannte Lageanomalie des Darmes beruhen. In allen bisher bekannt gewordenen Fällen, kombinirt mit bedeutender Hemmung, liegen meist sämmtliche Dünndarmtheile links, sämmtliche Dickdarmtheile rechts. Fall von Gruber[7] und Toldt[8] Fall X und XV.

2) Der aufsteigende Schenkel stellt sich zwar links, der Dickdarm wandert aber nicht vor, sondern hinter dem Dünndarme nach rechts hinüber. Hierher gehört unser Fall.

Es sind zwar einige wenige Fälle dieses Typus beschrieben, so die Fälle von Toldt[9], Marchand[10], Gruber[11]. Doch sie alle weichen in so fern ganz erheblich von dem meinigen ab, als sie sehr bedeutende Hemmungen aufweisen. In keinem dieser Fälle kann von einer Dreischenkligkeit des Dickdarmes mit normal differenzirbarem Ascendens, Transversum und Descendens die Rede sein; die bei der Beschreibung von den Autoren gegebenen Bezeichnungen — Ascendens, Transversum, Descendens — sind willkürlich gewählt, wie Koch richtig bemerkt.

In allen diesen Fällen zeigt der Dickdarm den wunderlichsten Verlauf, und auch die übrigen Intestinaltheile weichen vom normalen ab. In dem von mir beobachteten Falle dagegen ist die normale Dickdarmarkade in ihrer Dreischenkligkeit vollkommen entwickelt. Die sonst bei diesem Typus hochgradige Hemmungsbildung beschränkt sich hier auf ein für Coeco-Ascendens und Dünndarm gemeinsames Gekröse; im Übrigen ist das Wachsthum des Darmes trotz falscher Drehung des Mesenteriums und der hieraus resultirenden oben beschriebenen abnormen Lagerung des Darmes bis zum normalen Schluss gediehen, und darin liegt das überaus Bemerkenswerthe des Falles.

Es bietet dieser Fall ein besonderes Interesse, seitdem die Frage von den Entwicklungsanomalien des Darmes in eine neue Phase getreten. Klaatsch[12] hat den Satz aufgestellt, dass die Entwicklungsstadien des menschlichen Darmes dem Dauerzustande irgend einer Thierspecies der Chordatenreihe entsprechen, er sieht »in dem Entwicklungsgange des Menschen keine anderen Momente thätig, als die Wirkung der Vererbung in Form der Rekapitulation phylogenetischer Durchgangsstufen«.

Koch nun behauptet, dass auch die Anomalien in der Entwicklung des menschlichen Darmes Thierähnlichkeiten vorstellen. In der That spricht eine ganze Reihe vergleichend-anatomischer Thatsachen für diese Lehre; doch muss Koch selbst zugeben, dass er für manche Darmanomalien keine Analogien in dem Thierreiche kennt, und muss er es den Zoologen und vergleichenden Anatomen von Fach überlassen, dieser Frage näher zu treten und zur Entscheidung zu bringen. Es scheint mir, dass für die in die Kategorie »Hemmung« fallenden Entwicklungsanomalien des Darmes die Koch'sche Ansicht zu acceptiren ist, für die auf abnormer Wachsthumsrichtung beruhenden Anomalien, so weit sie den in meinem Schema angegebenen Zuständen entsprechen, noch nicht.

Zum Schluss muss ich dem Bedauern Ausdruck geben, dass mir die Leiche zu weiterer wissenschaftlicher Exploitirung nicht zur Verfügung stand, so dass

---

[7] Koch, l. c. p. 41.

[8] Toldt, l. c.

[9] Toldt, l. c. Fall I.

[10] *Bericht* der Arbeiten der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Gießen *Jahrgang 1883*, und bei Koch l. c. p. 46. — Toldt, Fall III.

[11] *Archiv* für Anatomie und Physiologie 1862 p. 588, und bei Koch l. c. *p. 52.*

[12] Klaatsch, Zur Morphologie der Mesenterialbildungen am Darmkanale der *Wirbelthiere*. Morphologisches Jahrbuch Bd. XVIII. p. 385 ff. und p. 609 ff.

ich weder in der Lage war, eine photographische Aufnahme des Darmsitus zu machen, noch viel weniger aber das Darmobjekt der Leiche behufs Konservirung zu entnehmen.

---

19) **E. Bernhart.** Ein mit Serum behandelter Fall von Tetanus bei einem 3jährigen Kinde.

(Gaz. lekarska 1899. No. 10 u. 11.)

Bei einem 3jährigen Kinde stellten sich Tags nach einer oberflächlichen Hautabschürfung typische Symptome eines Tetanus ein. Vom 4. Tage an wurde die Serumbehandlung (Roux) eingeleitet, und im Ganzen binnen 32 Tagen 55 ccm Serum verbraucht. Es erfolgte Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

20) **H. Schramm.** Zur Behandlung des Tetanus mit Injektion von Gehirnemulsion.

(Przegląd lekarski 1899. No. 3.)

Im Anschlusse an einen im vorigen Jahre von Krokiewicz veröffentlichten Fall von günstiger Beeinflussung des Starrkrampfes durch Gehirnemulsion berichtet Verf. über einen eigenen Fall. Ein 9jähriges Mädchen hat sich an der großen Zehe verletzt, worauf sich nach 5 Tagen Symptome von Tetanus eingestellt haben. Nach weiteren 3 Tagen war Pat. mit ausgesprochenem Krankheitsbilde in die Behandlung des Verf. gelangt. Da Pat. weitere 8 Tage hindurch fast fieberlos war und der Krankheit gegenüber sich ziemlich resistent erwies, wurde vor der Hand eine mehr exspektative Therapie eingeschlagen. Erst als Fieber hinzutrat und Pat. zu verfallen begann, wurde eine Injektion von Gehirnemulsion beschlossen. 8—10 g einem frisch getödteten jungen Kaninchen entnommenen Gehirns wurden mit steriler Kochsalzlösung genau verrieben und hierauf filtrirt. 10 g des Filtrates wurden dem Kinde unter die Haut des Brustkorbes injicirt. Der Eingriff war von evidenter Besserung gefolgt. Als diese nach 4 Tagen wieder zu schwinden begann, wurde eine neue Injektion einer Emulsion gemacht, zu deren Anfertigung 10 g Gehirnsubstanz benutzt waren. Dies Mal war der Erfolg ein anhaltend guter; es erfolgte Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

21) **M. Reichmann.** Zwei Fälle isolirter gonorrhoischer Erkrankung para-urethraler Gänge.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 1.)

Verf. schildert 2 Fälle von Gonorrhoe para-urethraler, an der Unterfläche des Penis gelegener Gänge bei fehlender Gonorrhoe der Urethra. Die Gänge wurden excidirt und damit die Affektion geheilt. Die histologische Untersuchung ergab nichts Neues. Warum in solchen Fällen die doch leichter inficirbare Urethra frei bleibt, ist schwer zu sagen. Die Affektion hat vor Allem eine diagnostische Bedeutung, da sie leicht mit Schankern verwechselt wird. (Isolirte Gonorrhoen präputialer und para-urethraler Gänge sind auch von Finger und dem Ref. beschrieben — sie sind also keine so singuläre Erkrankung, wie R. meint.)

Jadassohn (Bern).

22) Association française d'urologie. 4. Congress. Oktober 1899.

(Nach einem ohne Angabe der Herkunft der Redaktion eingereichten Berichte.)

Erste Sitzung: Präsidium Prof. Guyon.

Malherbe (Nantes) und Legueux (Paris): Über essentielle Hämaturie.

Je mehr zur Aufstellung des Krankheitsbildes der essentiellen Hämaturie nur Fälle mit Autopsie verwendet werden, desto mehr zeigt es sich, dass in den meisten Fällen doch eine greifbare Ursache der Blutung vorliegt, wie zum Beispiel sehr unbedeutende tuberkulöse Veränderungen. Viel häufiger noch handelt es sich um chronische Nephritis. Ein Beginn dieser Affektion ist auch für diejenigen Fälle anzunehmen bei denen früher eine Angioneurose zur Erklärung herbeigezogen wurde. Eine eigentliche essentielle Hämaturie giebt es dagegen nicht, abgesehen von wenigen noch ungenügend erklärten Fällen.

Was die Behandlung betrifft, so ist bei Versagen der gewöhnlichen Mittel eine Explorativincision vorzunehmen. Handelt es sich um Wanderniere ohne sonstige Veränderungen, so genügt die Nephropexie, im Zweifelsfalle nach vorgängigem Probeschnitt in das Nierengewebe. Findet man dagegen eine Neubildung, so ist die Entfernung des Organs erforderlich. Dasselbe wird bei Tuberkulose gerathen. In allen übrigen Fällen soll sich der Chirurg auf die Nephrotomie beschränken und höchstens sekundär bei fortdauernder Blutung die Niere entfernen.

Guyon: Hämaturie in der Schwangerschaft.

2 neue Fälle bestätigen das 1897 aufgestellte Krankheitsbild: Im 1. Falle trat im 7. Schwangerschaftsmonate blutiger Urin auf, und zwar ausschließlich aus der rechten Niere. Die Hämaturie hörte 11 Tage vor der Entbindung auf und hat sich seither nicht wiederholt.

Im 2. Falle trat die Hämaturie im 2. Schwangerschaftsmonate auf und dauerte 5 Monate. Auch hier war sie renalen Ursprunges.

Aus sämmtlichen bisher gemachten Beobachtungen geht jedoch hervor, dass es sich wohl nicht um essentielle Blutungen handelt, sondern dass einerseits mechanische Verhältnisse, andererseits das allfällige Bestehen von Nephritis eine große Rolle spielen dürfte.

Tédenat (Montpellier) nimmt ebenfalls an, dass in vielen Fällen eine beginnende Nephritis die Ursache der sog. essentiellen Hämaturie sei.

Pousson (Bordeaux): Über den Einfluss der Harnretention in der Niere auf die Entstehung von Nierenblutungen.

Redner beweist an 2 von ihm beobachteten Fällen die Bedeutung, welche der Harnretention bei der Entstehung von Nierenblutungen zukommt. Im 1. Falle handelt es sich um Wanderniere mit Abknickung des Harnleiters, im 2. um Harnleiterverschluss durch einen Stein.

Albarran (Paris) weist ebenfalls darauf hin, dass der essentiellen Hämaturie in der Regel eine greifbare Ursache zu Grunde liege, und zwar nicht selten eine chronische Nephritis mit larvirten Symptomen. In einem derartigen Falle, wo starke Schmerzen in der befallenen Niere vorlagen, brachte die Nephrotomie die Blutungen zum Aufhören und erlaubte, die Nephritis histologisch festzustellen.

Auch wenn man für diese Nierenblutungen eine primäre Veränderung der Blutbeschaffenheit annehmen will, so darf man den wichtigen Faktor der Nephritis nicht außer Acht lassen.

In operativer Hinsicht ist auf die starke Blutung hinzuweisen, welche bei der Nephrotomie in diesen Fällen in der Regel statthat.

Boursier (Contrexéville): Über die sog. essentiellen, aber auf Nierensteine zurückzuführenden Hämaturien.

Die Hämaturie ist oft lange Zeit das einzige Symptom der Nephrolithiasis. Die Harnsäure kann schon als solche durch Nierenreizung Hämaturie verursachen, dasselbe gilt in noch höherem Grade von den spitzen Krystallen des Calciumoxalats.

Hamonie (Paris: Hämaturie als Vorläufer gewisser Nierenerkrankungen.

Die Hämaturie ist oft das erste und lange Zeit das einzige Symptom gewisser Nierenerkrankungen. Die vom Redner angeführten Fälle beziehen sich auf Nephritis, Nephrolithiasis, Tuberkulose, Carcinom.

Gallaud-Gleize (Vettel) hält ebenfalls die sog. essentiellen Hämaturien für Vorläufersymptome verschiedener Erkrankungen des Harnapparates.

Imbert (Montpellier): Über Hämaturie bei Hämophilie.

Der vorgestellte Pat., ausgesprochen Hämophile, hat seit 10 Jahren mehrfach blutigen Harn gehabt, ob aus der Niere oder aus der Blase stammend, ist unbekannt.

Loumeau (Bordeaux) glaubt ebenfalls nicht an die essentielle Hämaturie und betont die Wichtigkeit der chronischen Nephritis bei der Erklärung von Nierenblutungen unbekannter Ursache.

Escat (Marseille): Über Nierenblutungen bei Prostatikern.

Die Nierenblutung kommt bei Prostatahypertrophie vor und ist zurückzuführen: 1) auf langdauernde Überdehnung des Harnapparates bei Sklerose der Blutgefäße; 2) auf plötzliche und vollständige Entleerung des Harns durch Katheterismus oder durch Cystostomie; 3) durch infektiöse Processe.

Castan (Béziers) berichtet über einen Fall von essentieller Hämaturie, bei dem keine anatomische Ursache nachweisbar war, und auch Nephritis fehlte. Das mit dem Menstrualblute injicirte Kaninchen zeigte ebenfalls Nierenblutungen. Analoge Blutungen ohne Nephritis konnten beim Kaninchen ebenfalls durch Einspritzung von Anilinsulfat hervorgerufen werden.

Es handelt sich bei diesen Blutungen um toxische Einflüsse.

Pasteau: Über Nierenblutung bei Wanderniere.

Die Pat. des Vortr. besaß eine Wanderniere mit Anfällen von Harnretention. Jeder dieser Anfälle war von Hämaturie gefolgt, welche nach Ausführung der Nephroraphie schwand.

Barbellion: Über einen eigenthümlichen Fall von Blutung aus dem Bulbus urethrae.

B. berichtet über Blutung aus einem falschen Wege bei einem Prostatiker. Der Fall bietet nichts Ungewöhnliches.

Desnos (Paris): Über Hämaturie bei Gichtkranken.

Man sieht nicht selten bei der Gicht Harnblutungen mit oder ohne Nierenkolik. Es handelt sich offenbar in der Regel um Nierenkongestion; in anderen Fällen dagegen liegt ein Nierenstein vor.

2. Sitzung (20. Oktober): Präsidium Prof. Malherbe.

Motz (Paris): Abortivbehandlung der Gonorrhoe.

Die Behandlung besteht darin, dass so rasch wie möglich der vordere Theil der Harnröhre, Segment für Segment, mit Kalium permanganat-Lösung 1 zu 500 gewaschen wird. 12 Stunden später Wiederholung derselben Procedur mit einer Lösung von 1 zu 1000. Zum Schluss der Sitzung Spülung der Urethra posterior mit einer Lösung von 1 zu 2000. Tritt Besserung ein, so wird auch für die Urethra anterior die Lösung von 1 zu 2000 verwendet. Nimmt die Absonderung nicht ab, so wird für den vorderen Theil der Harnröhre mit der Lösung 1 zu 1000 fortgefahren. Auf 25 so behandelte Fälle ergaben sich 23 sehr befriedigende Resultate. In den übrigen 2 Fällen war es nicht möglich, in die Urethra posterior zu gelangen.

Nogues (Paris): Die Hauptsache bei der Abortivbehandlung der Gonorrhoe liegt erstens darin, dass man nur bei denjenigen Pat. eingreift, welche sich noch ganz im Anfangsstadium befinden und diejenigen in Ruhe lässt, welche auf der Höhe der Entzündung stehen, sodann darin, dass man auch die Urethra posterior in Behandlung nimmt.

N. ist jetzt entschiedener Anhänger dieser letzteren Maßregel und benutzt seit einem Jahre die Methode von Motz mit dem besten Erfolge. Dieselbe hat unter Anderen den Vortheil, keine heftige Reaktion von Seiten der Harnröhre zu veranlassen.

Guiard (Paris) ist Gegner der Anwendung starker Lösungen zur Abortivbehandlung. Die seröse Entzündung, welche dadurch hervorgerufen wird, ist der beste Nährboden für den Gonococcus. Die Lösungen von 1 zu 5000 bis 1 zu 10 000 sind eben so wirksam und reizen viel weniger.

Nogues findet, dass bei subakuten Formen starke Lösungen nöthig sind und Erfolg haben, wo die schwachen Lösungen nutzlos bleiben.

Keersmaecher (Antwerpen) findet, dass von Abortivbehandlung nur ganz im Anfange gesprochen werden könne, und dass später als 4 Tage nach der Infektion von einer solchen nicht mehr die Rede sein kann.

Guiard bemerkt, dass der Moment der Infektion schwer festzustellen sei, und dass man sich desshalb nach den Symptomen richten müsse. Er sieht im



Gegensatze zu **Keersmaecher** Spülungen ohne Sonde vor und benutzt Cocainanästhesie.

Genouville (Paris): **Para-urethraler Gonokokkenabscess ohne Urethralgonorrhoe.**

2 Fistelöffnungen neben dem Frenulum sonderten während 6 Wochen Gonokokkeneiter ab, ohne Infektion der Urethra. Heilung durch Incision.

Raymond (Paris) hat eine ähnliche Beobachtung gemacht und nimmt an, dass es sich um Abscesse in kongenital angelegten Gängen gehandelt habe. Es lag bei seinem Falle auch Hypospadie vor.

Nogues glaubt, dass ähnliche Verhältnisse sich bei Hypospaden häufig finden.

Castan: **Behandlung der chronischen Urethritis.**

C. führt nach genauer mikroskopischer Untersuchung des Sekretes systematisch die weitgehende Dilatation aus, kombinirt mit Massage von Urethra und Prostata. Liegen Gonokokken vor, so wirken Spülungen mit Kalium permanganat 1 zu 10000 geradezu specifisch. In den übrigen Fällen anfänglich Spülungen mit Sublimat 1 zu 20000, bei Erfolglosigkeit Instillationen mit Argentum nitricum und anderen Desinficienzien. Auf 30 Fälle zählt er 28 andauernde Heilungen. Wasserstoffsuperoxyd und Pikrinsäure scheinen ihm werthlos bei Gonokokkeninfektionen, aber nützlich bei Vorhandensein von anderen Mikroorganismen.

Guiard: **Über den großen Werth der hochgradigen Dilatation bei hartnäckigen Strikturen.**

Die gewöhnliche Dilatation bis zu No. 22 oder 23 Charrière ist nicht immer im Stande, alle krankhaften Symptome zu beseitigen und Recidive zu verhindern. Es empfiehlt sich desshalb, bis zu No. 27 oder 28, und unter Umständen noch weiter zu gehen. Diese Behandlung ist erstlich indicirt, sobald nach der gewöhnlichen Dilatation noch krankhafte Erscheinungen bestehen bleiben. Man darf sich nicht durch Blutungen etc. einschüchtern lassen. Vom prophylaktischen Standpunkte aus ist es empfehlenswerth, bei rasch recidivirten Strikturen sich ebenfalls der hochgradigen Dilatation zu bedienen. Dieselbe ist gerade so oft zu wiederholen als nöthig ist, aber nicht öfter. Die Intervalle, anfänglich 1 bis 2 Monate, sind im weiteren Verlaufe zu verlängern. Die Dilatation muss stets weiter getrieben werden als bis zu derjenigen Nummer, welche gerade die Beschwerden verschwinden lässt.

Desnos: Die hochgradige Dilatation ist von großer Bedeutung. Es lassen sich jedoch keine allgemein gültigen Zahlen aufstellen für die zur Heilung erforderliche Weite der Urethra. Man hat sich vielmehr nach einem anderen Kriterium zu richten, nämlich nach dem Gefühle des Anstoßens, das man bei der Untersuchung mit einer Sonde mit kugeligem Ende empfindet. So lange man dieses Anstoßen noch fühlt, ist das Recidiv in Aussicht zu nehmen, auch wenn stark dilatirt wurde. Fehlt dieser Widerstand dagegen, so ist auch bei nur mittlerer Dilatation Heilung zu erwarten.

Genouville und Zadok: **Urethrotomia externa mit Naht der Harnröhrenwand, aber ohne Naht der Weichtheile und der Haut.**

Die vollständige Naht ist indicirt, sobald Harn und periurethrales Gewebe nicht nachweisbar inficirt sind. Ganz offene Wundbehandlung im Gegentheil ist erforderlich bei offenkundiger Infektion. Ein gemischtes Verfahren, bestehend aus Naht der Harnröhre und ausgedehnter Drainirung des Perineums, empfiehlt sich bei Fällen, in denen die Infektion nicht sehr ausgesprochen ist oder nur den *Blaseninhalt*, nicht aber das Perinealgewebe betrifft. Die Vernarbung wird in *3—4 Wochen* erreicht.

Malherbe: **Harnröhrenstein aus dem perinealen Theile der *Harnröhre* mit Verlängerung in die Urethra posterior. Urethrotomia *externa*.**

*Das Bemerkens*werthe an dem mitgetheilten Falle liegt in der Größe des *Konkrementes*. Dasselbe ist nussgroß und 2—3 cm lang.

Pasteur: Über die Divertikelsteine der weiblichen Harnröhre.

P. fügt zu den bisher bekannten Beobachtungen noch eine neue hinzu, bei der er die Bildung des Steines in einer präformirten, 6 Monate vorher nachgewiesenen Tasche verfolgen konnte. Es empfiehlt sich in allen Fällen von Geschwülsten der vorderen Scheidenwand, an diese Steine zu denken. Bezüglich der Behandlung ist hervorzuheben, dass es nicht genügt, den Stein zu entfernen, sondern dass von der Scheide her die Tasche selbst ausgeschält und die Öffnung durch Etagennaht geschlossen werden muss.

Guillon (Paris): Pneumokokkenabscess der Prostata.

Abscesse in der Prostata, die nur Pneumokokken enthalten, sind selten. Der Pat. G.'s, wegen einer alten Striktur dilatirt, erkrankte 4 Tage später an einer Influenza mit Bronchitis. Nach einigen Tagen trat eine Prostatitis auf, die zu einer ausgedehnten Eiterung führte. Eine Incision ergab 400 g geruchlosen Eiter, der nur Pneumokokken enthielt.

Hogge (Lüttich): Behandlung der Prostatitis und des Prostatismus mit Elektromassage. Bemerkung über die Behandlung der Prostatitis.

Da nicht die ganze Prostata dem massirenden Finger zugänglich ist, scheint es H. vortheilhaft, die Galvanisation mit der Massage zu verbinden. Dieser Behandlung ist die entsprechende Behandlung der Harnröhre und die genaue Regelung der Lebensweise hinzuzufügen. Gute Erfolge werden erzielt im Beginne der Prostatahypertrophie, während bei Prostatikern mit Retention nicht viel zu erreichen ist.

Desnos: Latente Abscesse der Prostata.

Es giebt Abscesse, die sich unter verschiedenen Umständen schleichend in der Prostata entwickeln. Die eine Kategorie betrifft Prostatiker, bei denen man durch Rectaluntersuchung unerwartet eine Flüssigkeitsansammlung findet, die bisher keine Symptome gemacht hatte. Es handelt sich mit ziemlicher Sicherheit um Infektionen von der Blase her. In 2 Fällen veranlassten diese Abscesse plötzliche Harnretention. Die 2. Kategorie betrifft kleine Abscesse, welche sich hauptsächlich im Verlaufe der Gonorrhoe entwickeln. Dieselben perforiren in die Harnröhre und bilden wegen ihrer ungenügenden Entleerung eine Ursache chronischer Urethritis.

Castan: Über chronische Prostatitis.

C. theilt 2 Fälle mit, von denen der 1. eine Cystitis vortäuschen konnte, da der Harn im letzten Glase viel Eiter enthielt; diese Erscheinung trat jedoch nur nach Prostatamassage auf. Heilung durch Massage. Der 2. Fall betrifft eine chronische Prostatitis glandularis bei einem jungen Manne, den C. trotz seiner nur 20 Jahre als Kandidat für Prostatahypertrophie ansieht.

Janet (Paris) bemerkt, dass die veraltete chronische Prostatitis, besonders bei unzweckmäßigem Verhalten des Pat., leicht die Symptome einer Prostatahypertrophie vortäuschen kann. Was die Behandlung betrifft, so ist, abgesehen von den bakteriologischen Differenzen, zu unterscheiden zwischen den Abscessen, welche sich durch Massage entleeren lassen und denjenigen, die auf diese Weise nicht entleert werden können. Die ersteren heilen rasch, die letzteren sind sehr hartnäckig. Die Faradisation der Prostata erlaubte J. in einzelnen Fällen, Entleerung zu erreichen, wo Massage wirkungslos blieb.

Hogge hat, vielleicht durch Zufall, mit dem galvanischen Strom bessere Erfolge erreicht als mit dem faradischen. Die Elektrisation soll von der Peripherie des Organes nach dem Centrum hingehen.

Guiard: Urethrale Lithotripsie zur Behandlung der Steine in der Prostatagegend.

Diese Steine wurden bisher durch Extraktion oder Excision in toto entfernt. G. hat dagegen in einem Falle den Stein an Ort und Stelle zertrümmert und die Fragmente einzeln durch die Harnröhre entleert. Er brauchte dazu einen Lithothryptor von kleinen Dimensionen. Die hauptsächlichsten Fragmente mussten

einzeln herausgeholt werden. Nur die feinsten Trümmer ließen sich durch Spülungen entfernen. Der betreffende Kranke konnte schon am Tage nach der Operation seinen Beschäftigungen nachgehen.

3. Sitzung, 20. Oktober.

Ch. Monod (Paris): **Harnfistel am Nabel in Folge von Persistenz des Urachus bei einem Kinde von 10 Jahren. Operative Heilung.**

Die Operation bestand in Umschneidung der Fistelöffnung, Eröffnung der Bauchhöhle und gänzlicher Entfernung des Urachus bis an den Scheitel der Blase. Letztere wurde in gewohnter Weise geschlossen; zur Verhinderung einer Bauchhernie wurden sodann die beiden Recti direkt an einander genäht.

Rochet (Lyon): **Resektion der Perinealäste des Nerv. pudendus bei gewissen chronischen Fällen von schmerzhafter Urethrocystitis.**

R. resecirte in 3 Fällen von hartnäckigen schmerzhaften Harnbeschwerden mit Blasentenesmus die Perinealäste des Nervus pudendus communis auf beiden Seiten und erreichte einen anhaltenden Erfolg. Die Durchschneidung geschah nahe am Austritte des Nerven aus der Incisura ischiadica minor, an der Stelle, wo sich der Nervus pudendus in die Nervi perineales und den Nervus dorsalis penis trennt. Der letztere wird natürlich sorgfältig geschont.

Estor (Montpellier): **11 Fälle von Sectio alta für Blasenstein bei Kindern.**

E. findet, dass ihm der sofortige Blasenschluss nicht merklich bessere Resultate ergeben hat, als die Blasendrainage. Er empfiehlt letzteres Verfahren besonders in den Fällen, wo die Blaseneröffnung weit nach unten reicht.

Boussavit (Amiens): **Blasenstein bei einem 22 Monate alten Kinde. Heilung durch Sectio alta.**

Der Steinschnitt ergab, dass der kirschengroße, 7 g schwere, aus Uraten und Phosphaten bestehende Stein in der hinteren Blasenwand festsaß. Er wurde mit der Hohlsonde abgelöst. Blasendrainage; glatte Heilung.

Carlier (Lille): **Behandlung der Blasensteine bei Kindern.**

C. hat 20 Kinder wegen Blasenstein operirt und zwar 5 durch Sectio alta mit Drainage, 4 durch Sectio alta mit Blasennaht und 11 durch Lithotripsie. In allen Fällen Heilung.

Chevalier (Paris): **Fremdkörper in der Blase.**

C. hat 5 Fremdkörper aus der Blase entfernt, wovon 3 bei Frauen. 4mal geschah die Entfernung durch die natürlichen Wege, im 5. Falle von der Scheide her. Die 3 Fremdkörper bei Frauen, eine Klystierkanüle, ein Stückchen Gummischlauch und ein Bleistift von 10 cm Länge, waren in anderer als therapeutischer Absicht eingeführt worden. Bei dem letzteren Falle war die Bleistiftspitze in die Scheide durchgedrungen. Der Rest konnte aber nicht folgen, weil sich ein Stein um ihn gebildet hatte.

Bei den beiden Männern handelte es sich das eine Mal um eine elastische Olivensonde, das andere Mal um einen Nélatonkatheter, beide mit dem Lithotriptor entfernt.

Pousson (Bordeaux) theilt ebenfalls 3 Fälle von Blasenfremdkörpern mit. Der 1. betraf eine Schildpattnadel. In dem 2. handelte es sich um eine Haarnadel, die unter Führung des Cystoskops mit einem langen Häkchen entfernt werden konnte. In dem 3. Falle wurde der 7—8 cm lange quergestellte Fremdkörper zuerst durch hochgradige Blasenfüllung beweglich gemacht und dann mit einer Zange gefasst. In einem weiteren Falle endlich fand sich ein abgebrochenes Katheterstück, nicht in der Blase, sondern in einem falschen Wege.

Pasteau: **Über die der Blase zunächstliegenden Lymphdrüsen.**

P. beschreibt die der Blasenwand theils vorn, theils zu beiden Seiten anliegenden Lymphdrüsen.

Motz: 4 Fälle von Blasenadenom.

M. beschreibt 4 Fälle von Blasenadenom, von denen der eine operirt worden, während die anderen sich als Leichenbefund bei alten Leuten fanden. In allen Fällen bestand schon krebsige Entartung.

Motz: Über Dauerresultate bei der Operation von Blasengeschwülsten.

Von 55 im Hôpital Necker operirten Blasengeschwülsten, von denen 35 mindestens 3 Jahre zurückreichen, sind unter den letzteren 35 noch 10 am Leben. Es waren darunter 18 Fälle von Krebs mit einer Heilung. Von den 9 Papillomen leben noch 7. In 4 Fällen trat Recidiv auf.

Malherbe (Nantes) hält die Prognose der Blasenkrebse ebenfalls für schlecht, während er bezüglich der Papillome über günstigere Erfahrungen verfügt. Auch bei einem Prostataadenom sah er eine über $2^1/_2$ Jahre dauernde Heilung ohne Recidiv. Die Blase ist im Zweifelsfall stets zu eröffnen.

Gutartige Tumoren sind so ausgedehnt wie möglich zu entfernen. Bei ausgesprochener krebsiger Infiltration der Blasenwand stehe man dagegen von einer Exstirpation der Geschwulst ab.

Duret (Lille): Über Blasenbeschwerden bei Appendicitis.

Derartige Beschwerden treten auf, wenn der Wurmfortsatz ins kleine Becken reicht, in die Nachbarschaft der Blase. Die Störungen bestehen eines Theiles in Blaseninfektionen à distance, ohne direkte Perforation, anderen Theiles in Perforationen, sei es eines Abscesses, sei es eines Eingeweidetheiles in die Blase. In eine 3. Kategorie von Fällen fasst D. die Fälle von Koth- oder Harnsteinbildung in der direkten Umgebung der Blase zusammen.

Raymond (Paris) weist ebenfalls auf die Bedeutung der Blasenstörungen bei Perityphlitis hin und bemerkt, dass zum Entstehen von Cystitis und zur Steinbildung eine direkte Perforation eines Abscesses in die Blase nicht unbedingt erforderlich sei.

Pousson (Bordeaux) theilt den Fall eines Mannes mit, der seit einiger Zeit Gase und Fäces durch die Urethra entleerte. Die bei der Operation gefundene Darm-Blasenfistel ist wahrscheinlich auf einen Anfall von Appendicitis zurückzuführen. In einem anderen Falle fand P. bei Appendicitis Kompression eines Ureters durch einen Abscess.

Chevalier: Über Pollakiurie bei Gicht.

C. weist auf die Fälle hin, bei denen die Gicht Blasenerscheinungen veranlasst, die an Cystitis erinnern können. Die mikroskopische Untersuchung des Urins schließt natürlich jeden Irrthum aus. Dass in solchen Fällen jede Lokalbehandlung zu vermeiden ist, ist selbstverständlich.

Nogues: Eiterharn und Tuberkulose.

Der direkte Nachweis des Tuberkelbacillus im Harn ist nicht unentbehrlich zum Nachweise der Tuberkulose des Harnapparates. Der Befund von Eiter an sich bei Fehlen jedes anderen Mikroorganismus ist schon ein sehr wichtiges Zeichen für Urogenitaltuberkulose. Der Nachweis des Tuberkelbacillus wird erheblich erleichtert durch Centrifugirung des Harnes. Die Kulturen sind unzuverlässig, und es lässt sich nur das schließen, dass bei Sterilbleiben derselben Tuberkulose beinahe sicher ist. Eine zuverlässige Entscheidung lässt sich nur durch Thierimpfung erzielen. In 5 der Tuberkulose verdächtigen Fällen, wo der Tuberkelbacillus bei der direkten Untersuchung nicht nachgewiesen werden konnte, in denen sich aber andere Bakterien fanden, blieb auch der Thierversuch negativ. Bei 22 anderen Beobachtungen von Eiterharn, wo weder Tuberkelbacillen noch andere Mikroorganismen gefunden wurden, erkrankten die geimpften Meerschweinchen 15mal an Tuberkulose. Ob alle Fälle von Eiterharn mit negativem Bakterienbefunde tuberkulös sind oder nicht, das müssen weitere Untersuchungen lehren.

Carlier giebt an, dass von 5 Fällen mit Pyurie, ohne Bacillen, 3 später die ausgesprochenen Zeichen von Tuberkulose zeigten.



Janet fügt dem zu centrifugirendem Urin Alkohol oder ein wenig Ammoniak bei, wodurch der Bakteriennachweis wesentlich erleichtert werden soll.

Escat: Über alkalische Bakteriurie, Pseudophosphaturie, Pseudopyurie.

Die Fälle von alkalischer Bakteriurie sind selten. E. theilt 2 Fälle mit, bei denen er annimmt, dass gewisse Kokken den Harn alkalisch machen und von Zeit zu Zeit Fällung der Phosphate veranlassen. Es bestand dabei nie wirkliche Cystitis. Die einzige Behandlung, die einigen Erfolg hatte, bestand in täglichen Blasenspülungen mit Borwasser.

Courtade (Paris): Beitrag zur Kenntnis der central bedingten Blasenlähmungen und ihrer Behandlung durch Elektricität.

C. hebt hervor, dass die Elektricität sehr günstig wirke bei Lähmungen des Blasenhalses, während sie bei Lähmungen der Blase selbst nur wenig Erfolg erziele.

Castan: Einige Bemerkungen zur Asepsis in der Behandlung der Harnaffektionen.

C. empfiehlt den Sterilisationsapparat von Albarran.

4. Sitzung: Präsidium Prof. Albarran.

Pousson: Über chirurgische Eingriffe bei gewissen Formen von Nephritis.

P. stellt 24 Fälle von Eingriffen bei Nephritis zusammen, wovon 9 auf hämorrhagische Nephritis fallen, mit 2 Todesfällen und 5 Heilungen auf 7 Nephrektomien. Die beiden übrigen Fälle, 1 Nephrotomie und 1 Explorativoperation, heilten ebenfalls. 2mal wurde wegen Schmerzen in der Niere operirt, und zwar 1mal die Nephrektomie, 1mal die Nephrotomie ausgeführt, beide Male mit Erfolg.

In den übrigen Fällen handelte es sich um infektiöse Nephritis, 7mal mit Nephrektomie, 8mal mit Nephrotomie behandelt, mit 2 Todesfällen in Folge Fortschreitens der Erkrankung. Bei den geheilten Fällen verschwanden Blutungen, Eiweiß und Fieber. Die Wirkung der Nephrotomie führt P. auf die Aufhebung der intrarenalen Spannung zurück. Die Nephrektomie soll nach ihm prophylaktisch wirken in Bezug auf spätere Erkrankung der anderen Niere, ähnlich wie die Enukleation bei Gefahr sympathischer Ophthalmie.

Albarran: Über Anwendung der Kryoskopie zur Untersuchung der Nierenfunktion.

A. untersuchte mit Bernard und Bousquet die Beziehungen zwischen dem Gefrierpunkte des durch Ureterenkatheterismus gewonnenen Harnes und dem Funktionszustande der betreffenden Niere. Sie finden, dass die Erkrankungen des Nierenparenchyms einen Einfluss auf die molekuläre Koncentration des Harnes ausüben und damit den Gefrierpunkt desselben beeinflussen. Sie halten dieses Verfahren für wissenschaftlich zuverlässig, der chemischen Untersuchung des Urins für überlegen und für genügend bequem, um praktisch angewendet zu werden.

Albarran: Über Nephritis bei Nierenkrebs.

A. fand bei 11 Fällen von Nierenkrebs das ganze noch krebsfreie Nierengewebe von interstitieller und parenchymatöser Nephritis befallen. Die physiologische Thätigkeit der befallenen Niere zeigte sich herabgesetzt, während sie auf der anderen Seite bald normal, bald ebenfalls gestört war. Bei einem einzigen untersuchten Falle von Nierensarkom fehlten diese Störungen. A. führt diese Erscheinungen auf ein im Blute cirkulirendes hypothetisches Krebstoxin zurück.

Imbert: Experimentelle Versuche über Einpflanzung von Nebennierengewebe in die Niere.

Diese Versuche hatten zum Zweck, die Frage von der Rolle der versprengten Nebennierenkeime bei der Entstehung gewisser Nierengeschwülste aufzuklären. Die Resultate waren theils negativ, theils positiv in dem Sinne, dass sich das eingepflanzte Nebennierenstück in ein fettinfiltrirtes Gewebe verwandelte oder zu der Bildung einer mit Epithel ausgekleideten Höhle Anlass gab. Diese Vorgänge

scheinen I. eine gewisse Analogie darzubieten mit pathologischen Processen, die sich bei Nierengeschwülsten finden.

Tuffier: Über Nephrolithotomie.

T. empfiehlt statt des Längsschnittes den — vielerorts schon längst üblichen — Schrägschnitt in der Richtung der 12. Rippe. Er schlägt ferner vor, die Muskeln eher stumpf aus einander zu ziehen als einzuschneiden; schließlich ist er Anhänger des genau am konvexen Rand geführten Schnittes zur Nephrotomie und nicht der 1 cm weiter hinten liegenden Schnittführung. Nierennähte sind seiner Ansicht nach auf ein Minimum zu beschränken.

Pousson: Hydronephrose in Folge eines Nierenbeckensteines.

Der von P. mitgetheilte Fall ist bemerkenswerth durch die lange Dauer der Erkrankung (24 Jahre) und durch die Entwicklung der Nierengeschwulst nach dem Thorax hin und nicht nach unten.

Escat: Ungewöhnliche Form von Anurie bei Nierenstein. Künstliche Nierenfistel. Heilung.

Es handelt sich um einen Fall von Phosphat- und Karbonatnierenstein bei einem 20jährigen Mädchen, welches daneben hochgradige nervöse Erscheinungen zeigte. In einem Anfalle von beinahe vollständiger Anurie wird eine rechtsseitige Nephrostomie gemacht, ohne positiven Befund, aber mit sofortigem Erfolge in Bezug auf die Harnsekretion; nach 3 Wochen werden 3 Harnkonkremente entleert.

Desnos: Pyonephrose nach Influenza. Nephrolithotomie.

Ein Pat., der früher nur leichte Lendenschmerzen gehabt, erkrankte einige Tage nach einem Influenzaanfall an einseitiger Pyonephrose. Bei der Operation fand man außer einem Liter Streptokokkeneiter einen großen verzweigten Harnsäurestein mit dünnem Phosphatüberzug. Es handelte sich offenbar um einen schon lange bestehenden Nierenbeckenstein, der zur Lokalisation der Streptokokkenansiedlung mitgeholfen.

Carlier: Über einen Fall von Hydronephrose in Folge von Ureterstein.

Es handelt sich um einen Pat. mit Hydronephrose, bei dem die Nephrotomie ausgeführt wurde. Einige Zeit nach der Operation ging spontan ein offenbar im Ureter gesessener Stein ab.

Duret: Über den Mechanismus der Hydronephrose bei Blasenkrebs.

D. theilt einen Fall von Hydronephrose in einer Hufeisenniere mit, als deren Ursache ein Blasenkrebs anzusehen war.

Pasteau bemerkt, dass eine Ausweitung sämmtlicher Harnwege stattfindet, wenn eine Neubildung die Harnröhre oder den Blasenhals verlegt. Eine Ausdehnung von Harnleiter und Nierenbecken allein findet sich 1) wenn eine Neubildung einen Ureter verengert; 2) wenn die Blasenwand ausgedehnt entzündlich oder durch eine Neubildung infiltrirt ist; 3) wenn der Ureter durch sekundäre Lymphdrüsenerkrankung zusammengedrückt wird.

Tedenat: Lithotripsie in einer Sitzung.

T. spricht zu Gunsten der Lithotripsie bei Blasenstein, deren Mortalität nur $1^1/_2$ bis 3% betragen soll — in seiner eigenen Statistik 1,85% —, während er für die Sectio alta bei Blasenstein eine Mortalität von 15 bis 25% herausrechnet. Er empfiehlt, die ganze Operation, Trümmerung und Aspiration, auch bei großen Steinen in einer Sitzung zu machen.

Albarran zeigt 3 Radiographien von Pat. mit Nierenstein. Die Diagnose wurde in allen 3 Fällen durch die Operation bestätigt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 13. Januar. 1900.

(Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a/M. [chir. Abtheilung].)

I. Eine neue Methode der Peritonealbehandlung und -Drainage bei diffuser Peritonitis.

Von
Friedrich Bode,
früher I. Assistenzarzt der chir. Abtheilung.

Vorbehältlich einer demnächstigen ausführlichen Publikation an anderer Stelle will ich hier in aller Kürze ein Verfahren der Peritonealbehandlung und -Drainage mittheilen, welches sich uns in letzter Zeit bei der Behandlung diffuser eitriger Peritonitiden mit sehr gutem Erfolge bewährt hat und daher geeignet erscheint, auch einem weiteren Kreise zugänglich und bekannt gemacht zu werden. Ich will in diesen Zeilen mich absichtlich nur auf die Technik

unseres Vorgehens beschränken und verweise bereits im Voraus Betreffs aller weiteren Details auf meine eingehendere Arbeit.

Nachdem wir durch ausgiebige Laparotomie in Beckenhochlagerung meist medial das Peritoneum eröffnet haben, wird ohne Rücksicht auf etwa bestehende leichte fibrinöse Verklebungen unter fortwährender Berieselung mit warmer physiologischer Kochsalzlösung, was am zweckmäßigsten durch einfaches langsames Gießen aus 1 bis 2 Liter fassenden sterilisirten Porzellankannen geschieht, der gesammte Peritonealinhalt eventrirt. Die einzelnen Darmschlingen werden außerhalb der Bauchhöhle in ebenfalls mit Kochsalzlösung getränkte Kompressen eingeschlagen und von Zeit zu Zeit gegen eine stattfindende Abkühlung durch Verdunstung von Neuem mit Kochsalzlösung übergossen. Hierbei waren wir, im Gegensatze zu anderweitigen Mittheilungen, in der Lage zu beobachten, dass in Folge der Eventration nicht nur nicht ein Collaps der Pat. ausblieb, im Gegentheil trotz der sicherlich eingreifenden Manipulationen ein vorher sehr kleiner frequenter Puls sich alsbald zu heben begann (Herabsetzung des intraperitonealen Druckes und Entfernung der toxischen Substanzen). Die Perforationsöffnung des Darmes, welche in den meisten Fällen die Ursache der Peritonitis darstellt, wird bei diesem Vorgehen leicht gefunden und exakt verschlossen. Die von ihrem Inhalte vollkommen befreite Bauchhöhle wird nunmehr unter Anwendung großer Kochsalzmengen (30—40 Liter) systematisch ausgeschwemmt unter besonderer Berücksichtigung der Leberoberfläche und Milzgegend, so wie des kleinen Beckens mit seinen vielen buchtigen Nischen. Alle in den tiefsten Punkten des Bauchraumes sich ansammelnden Mengen der Gießflüssigkeit werden mit Kompressen unter Vermeidung jeglichen brüsken Vorgehens ausgetupft. Nachdem auf diese Weise die Bauchhöhle und die Serosa der einzelnen Darmschlingen von ihrem eitrigen Sekret gesäubert sind, wird unter abermaliger Kochsalzspülung zur Reposition der Därme geschritten. Diese geht oft erstaunlich leicht vor sich, da die durch die Entzündung stark gerötheten und meteoristisch aufgetriebenen Darmschlingen nach Anwendung der Kochsalzbehandlung oft schon während des Verlaufes der Operation geringe peristaltische Bewegungen und Kontraktionen auszuführen begonnen haben. Es wird nun eine etwa der Mitte des Bauches angehörige Dünndarmschlinge ergriffen und in die Höhe gehoben, wodurch das zugehörige Mesenterium gespannt und übersichtlich wird. An einer von Gefäßen freien Stelle wird in dasselbe nahe der Radix mesenterii ein Schlitz angelegt und durch denselben ein dickes, entsprechend langes; in seiner Mitte mit einigen Seitenöffnungen versehenes Drainrohr gezogen, welches nach Versenkung der Schlinge bogenförmig und gleich lang zu beiden Seiten der Wirbelkörper durch die Peritonealhöhle verläuft und durch je eine neue seitliche Incision der Bauchwand rechts und links unmittelbar über dem Colon nach außen geleitet wird. Außer diesem Hauptdrainrohr wird je eines von den beiden Seitenöffnungen und

ein viertes vom medialen Laparotomieschnitt an die tiefsten Punkte des kleinen Beckens gelegt, ein weiteres je nach Befund und Nothwendigkeit in die Leber-, Magen- oder Milzgegend und hierauf die Bauchhöhle mit durchgreifenden Peritonealfasciennähten geschlossen. Die in der Peritonealhöhle zurückgelassene Luft wird durch erneutes Kochsalzgießen während des Nähens noch ausgetrieben, so dass eine nicht unbeträchtliche Menge Flüssigkeit im Bauche bleibt. Nach Beendigung der Operation wird die Durchgängigkeit des quer durch die Bauchhöhle verlaufenden Spülrohres erprobt und durch dasselbe unter leichtem Druck eine geringe Kochsalzmenge von einer Seite zur anderen durchgeschickt.

Der Pat. wird nach Anlegung eines gewöhnlichen Bauchverbandes im Bette mit erhöhtem Kopftheile gelagert, damit etwaige noch neu entstehende Eitermengen der Schwere nach von oben nach unten in die Nähe des Spülrohres herabfließen, um von dort aus mittels der 2—3mal am Tage vorgenommenen Kochsalzspülung (1000—1500 ccm) herausbefördert zu werden. Auf diese Weise gelang es uns, durch kombinirte Spülung und Drainage noch nach Verlauf von 3mal 24 Stunden nicht unbeträchtliche Eitermengen aus dem Bauche zu entfernen, ohne dass Pat. dabei wesentliche Beschwerden verspürte. Sehr häufig beobachteten wir dagegen, dass sich im unmittelbaren Anschlusse an die Spülungen stärkere peristaltische Darmbewegungen einstellten, Blähungen zur großen Erleichterung des Pat. abgingen, ja sogar unter dem Einflusse des Kochsalzes sich Stuhlentleerungen bis zu leichten Durchfällen einstellten. Es steht nichts im Wege, statt der geschilderten Methode eine permanente Spülung an das Hauptdrainrohr anzuschließen. Nach 3—4 Tagen waren meist die schweren Symptome geschwunden und wir in der angenehmen Lage, das Spülrohr entfernen zu können, worauf die Drainageöffnungen anfänglich noch mit kleineren Drains versehen, später locker tamponirt wurden und sich alsbald schlossen.

Im Allgemeinen war der Verlauf der nach dieser Methode behandelten Peritonitiden ein auffallend glatter und leichter, die Rekonvalescenz eine äußerst kurze und die Pat. meist nach 3 Wochen vollkommen geheilt.

Bemerken möchte ich zum Schlusse noch, dass einige an der Leiche analog vorgenommene Spülversuche mit Farblösungen eine weite Verbreitung der Flüssigkeit durch den Bauchraum bis in die Magen- und Milzgegend ergaben, selbst bei schwierigen peritonealen Verhältnissen.

II. Zur Radikalbehandlung der Nabelhernien.

Von

Dr. E. Piccoli,

Chirurg am Krankenhause von Lendinara.

Während wir uns in Betreff der Behandlung von Leistenhernien — nach Bassini's Verfahren — einen festen Standpunkt geschaffen, können wir uns in Bezug auf die Behandlung der Schenkel- und Nabelhernien nicht eines eben so sicheren und allgemein anerkannten Verfahrens rühmen.

Es genügt als Beleg dafür ein Blick auf die unendliche Anzahl von verschiedenartigen Heilverfahren dieser letztgenannten Hernien, Heilverfahren, die in ihrem Zusammenhange kein Licht in die Sache bringen und dieselbe in keiner Weise vereinfachen.

Die Radikalkur der Schenkelhernien gelingt, unabhängig von der Operationsmethode, gewöhnlich auf die Dauer, gleichviel ob man die Muskelschichten auf irgend eine Weise verbindet (Bassini, Tricomi, Codivilla u. A. m.) oder ektopische Widerstände herstellt (Fabricius); hält man die Exstirpation des Bruchsackes als Hauptmoment der Operation, so bleibt in den meisten Fällen die Möglichkeit eines Recidives ausgeschlossen.

Von den Nabelhernien und denjenigen der Linea alba können wir dasselbe nicht behaupten; trotz der verschiedenartigsten Heilverfahren erfolgt meist ein Recidiv nach kürzerer oder längerer Zeit, wohl weil sie gleich den anderen Brucharten durch direkte Verbindung der Muskelschichten behandelt werden, während in den betreffenden Fällen die natürlichen Bedingungen zu einer dauernden Verbindung fehlen.

Den Zweck der Operation, eine Vermehrung der Widerstände gegen ein ferneres Heraustreten des Darmes zu schaffen, erreicht man hier am besten durch Plastik und ähnliche Kunstgriffe.

Unter Anderen sind es Gersuny und Dauliac (Centralblatt für Chirurgie 1893 No. 43, Gaz. des hôpitaux 1894 No. 74), die die Nothwendigkeit der Plastik betonen. Nach Gersuny ist es erforderlich, die fibröse Linea alba durch kontraktile Substanz zu ersetzen, was er durch direktes Zusammennähen der Ränder der von ihren Aponeurosen befreiten Mm. recti erzielt. Dauliac hat eine sogenannte Methode der Kreuzung der Mm. recti vorgeschlagen; doch dürfte nach dieser die Vermehrung der Nahtlinien in derselben Schicht immer neue Gelegenheit zur mangelhaften Adhäsion bieten.

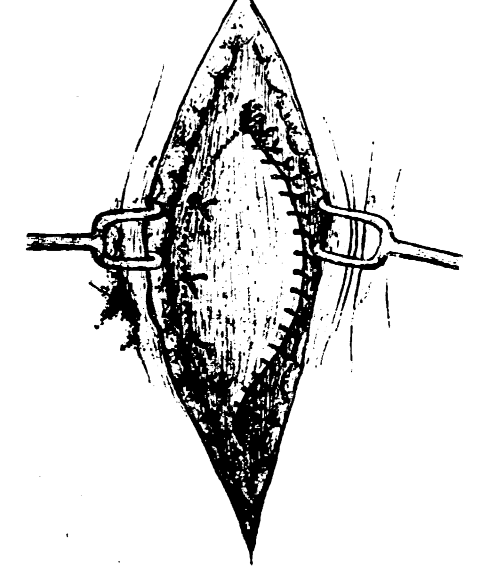
Jüngst hat Scatolari (Corriere sanitario 1899 Februar) vorgeschlagen, ein rechtwinkliges aus einem der Recti genommenes Muskelbündel durch eine in dem entgegengesetztem Rectus angelegte Lücke zu ziehen und dann wieder den kurzen Rand desselben an der betreffenden Excisionslinie mit der Muskelsubstanz zusammenzunähen. Eine Öffnung der Abdominalwand aber, die nur durch ein

durchgezogenes Muskelbündel obliterirt wird, erscheint uns wenigstens a priori nicht gegen ein Recidiv gefestet.

Zur Radikalkur der Nabelhernien bediene ich mich einer Methode, welche, meiner Ansicht nach, den Anforderungen an die Behandlung dieser Bruchformen entspricht; natürlich wird bei derselben die Excision des Bruchsackes vorausgesetzt, dieser aber eine specielle Plastik der Abdominalwand beigesellt, die in ganz einfachster Weise die Occlusion des leeren Raumes sichert.

Die Operation führe ich in folgender Weise aus:

Incision in der Mittellinie, 10—12 cm lang, gleich weit nach oben wie unten von der Bruchpforte verlängert; sie wird bis zur Aponeurose der Recti vertieft. Isolirung des Bruchsackes besonders in der Halsgegend, Reduktion des Bruchsackinhaltes; der Sack wird an seiner Basis mit einer kleinen Billroth'schen Klemme gefasst, der außen liegende Theil resecirt, die so entstandene Wand durch fortlaufende Nähte mit feiner Seide geschlossen. Nun wird die peritoneale Oberfläche mit dem Finger von der hinteren Abdominalwand isolirt und diese unter Leitung des Fingers nach oben wie unten in vertikaler Richtung etwa je 3 cm lang mit der Schere durchschnitten, so dass die vorher gewöhnlich ovale Gestalt der Bruchpforte in eine ellipsoide verwandelt wird.



Nun ziehe ich in folgender Weise 4 Fäden (selten werden mehr als 5 oder weniger als 3 nöthig sein) durch einen der Ränder der so gebildeten Öffnung, meist den linken, weil dieser dem rechts stehenden Operateur bequemer liegt.

Die starken Seidenfäden müssen die ganze Dicke der Wand (Aponeurosen und Muskelschicht) 2 oder 3 mm von dem freien Rande entfernt durchbohren; sie werden durch chirurgische Knoten verknüpft und zunächst nicht abgeschnitten, vielmehr beide resultirende Fäden lang gehalten. Von dem mittleren der so angelegten Knoten beginnend, bringt man nun einen der Fäden mittels einer kräftigen, stark gebogenen Nadel unter den entgegengesetzten Rand und durchbohrt denselben in seiner ganzen Dicke etwa 3 cm von dem freien Rande *entfernt*; eben so verfährt man mit dem 2. Faden, und knüpft *nun beide* Fäden, nach ziemlich starkem Anziehen, mit einander.

Eben so verfährt man mit den übrigen Knoten; je mehr man aber nach oben oder nach unten weiter schreitet, um so näher dem Rande werden die Fäden durch die entgegengesetzte Wand hindurchgeführt. Nun wird die oben liegende und frei gebliebene Wand mit mittelstarker Seide durch Knopfnähte an die ihr unterliegende Abdominalwand genäht. So sind gleiche Breiten jeder Wandhälfte über einander befestigt, wobei die Wundränder gleichweit von der Mittellinie entfernt stehen. Beide Nahtlinien umschließen eine ellipsoide Doppellage aus Muskel und Aponeurose und schließen die Bruchpforte als dickes musculofibröses Schild. (S. d. Zeichnung.)

Zuletzt nähe ich Unterhautzellgewebe und Haut getrennt.

Die Methode kann unter Umständen modificirt werden; ist z. B. die vollständige Isolirung der Muskelränder vom Peritoneum unmöglich, so unterlässt man die Naht des Bruchsackes und schließt die serösen Blätter neben den Muskeln in die Naht ein.

Eben so wird man ohne Erweiterung der Bruchpforte auskommen, wenn diese so ausgedehnt ist, dass die 2 Ränder sich von selbst zur Plastik eignen.

In der Regel setze ich jedoch die Excision und Naht des Bruchsackes bei meiner Methode voraus, die aus einer Verschiebungs- und Übereinanderlegungsplastik der Ränder der Mm. recti besteht.

In einem von mir am 29. August d. J. operirten Falle, einer typischen, kongenitalen Nabelhernie, war der Verlauf ein ganz regelmäßiger, und es trat vollständige Heilung ein: die Festigkeit der Nabelgegend ist gänzlich wiederhergestellt, man fühlt an derselben einen nicht scharf begrenzten fibrösen Schild.

Dieses klinische Resultat steht im vollen Einklange mit dem der Thierexperimente, die ich schon als Assistent der chirurgischen Klinik in Genua an großen Hunden angestellt habe, und aus denen klar hervorgeht, dass die nach meiner Methode entstandene Narbe eine vollständige, auch durch mikroskopische Untersuchung feststellbare Kontinuität und kräftige Widerstandsfähigkeit (2 Wochen bis 4 Monate nach der Operation) besitzt.

Ich hoffe, dass andere Chirurgen mit der Operation gleich günstige Erfolge erzielen werden.

1899, November.

Anmerkung: Bei Gelegenheit des letzten Chirurgenkongresses in Rom (Policlinico 1899 December 9) hat Dr. Bonomo mitgetheilt, er habe mit Erfolg eine Methode angewandt, die der meinigen sehr ähnlich ist, nur in einigen Einzelheiten von ihrer Technik abweicht. Es freut mich, dass die Erfahrung des Kollegen auch zu Gunsten dieses Heilverfahrens spricht.

1) **Kölliker** (Leipzig). Über Kontentivverbände im Felde, Art und Verpackung des Materials.

(Vortrag in der Abtheilung für Militärsanitätswesen der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in München am 19. September.)

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1899. Hft. 10.)

K. will den cirkulären Gipsverband durch Gipsschienen ersetzt sehen und empfiehlt als Material dazu dünnes, engmaschiges Drahtgeflecht. Dieses lässt sich mit einer Schere leicht in beliebiger Größe und Form schneiden, wird an den Kanten umgebogen, um Verletzungen zu vermeiden, dann mit Gipsbinden umwickelt. Die so hergestellte Schiene wird darauf mittels einer Binde eng an den Körpertheil angedrückt, so lange sie noch weich ist, dann aber zum Trocknen abgenommen. Das Drahtgeflecht ist leicht verpackbar.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

2) **Nicolai** (Neiße). Die Beleuchtung von Verbandplätzen und das Aufsuchen von Verwundeten auf dem Gefechtsfelde mit Acetylenlicht.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1899. Hft. 10.)

Verf. hat sich mit dem schwierigen Problem der Beleuchtung des Gefechtsfeldes zum Aufsuchen Verwundeter im Kriege beschäftigt und schlägt zu diesem Zwecke das Acetylengas vor. Auch nach Ansicht des Ref. ist dieses Gas bestimmt, in dieser Hinsicht von größter Bedeutung zu werden, und wird dem Verf. vollkommen zuzustimmen sein, wenn er glaubt, dass die Lösung des Problems durch seine Vorschläge wenigstens erheblich gefördert sei. N. bringt seinen Acetylengasentwickler, dessen Beschreibung wir übergehen dürfen, in einem Tornister unter, welcher mit Füllung, Wasser und 2 Patronen 11 kg wiegt. Zu diesem Gewichte kommt noch das des auf einer Stange befestigten Scheinwerfers mit 30 l.-Brenner hinzu, welcher theoretisch eine Lichtstärke von 40 Kerzen liefert. Auf jede Patrone kommen etwa 2 Stunden Brennzeit, für die im Tornister enthaltenen 2 Patronen mithin 4 Stunden; doch können sie nach ihrer Erschöpfung ohne Schwierigkeit ausgewechselt werden. Die Lichtstärke genügte bei der praktischen Probe gelegentlich der diesjährigen Krankenträgerübung im Gelände bei Breslau, um auf 30 bis 50 m Entfernung hinter Büschen und im Grase versteckte Mannschaften deutlich zu erkennen, während die in aufrechter Stellung sich bewegenden Leute in 200 m noch gesehen wurden; Sehprobe Snellen 1 konnte noch in 100 m Abstand vom Apparat gut gelesen werden. Die Laterne kann auch ohne die Stange als Handlaterne benutzt werden, ferner kann sie zur Beleuchtung des Wagenhalteplatzes so wie des Verbandplatzes selbst dienen. N. glaubt, durch die Konstruktion seines Apparates auch die Möglichkeit der Explosion ausgeschlossen zu haben. Dies letztere als feststehend voraus-

gesetzt, scheint sich, Verbesserungen natürlich nicht ausgeschlossen, der Apparat genügend bewährt zu haben. Nur möchte Ref. zu erwägen geben, ob es nicht vielleicht wünschenswerth wäre, kleinere, lichtschwächere, daher auch freilich weniger leistungsfähige, aber auch erheblich leichtere Apparate herzustellen, so dass nicht ein besonderer Mann zum Tragen nothwendig wäre, je ein Apparat vielmehr jeder Trage beigegeben und von einem der 4 Krankenträger selbst getragen werden könnte. Der von N. konstruirte Apparat würde nur etwa jeder Patrouille zu 3 Tragen angegliedert werden können.

Die Schwierigkeit, elektrische Lampen, je 1 für die Trage, zu verwenden, ist wegen der Abhängigkeit der nöthigen Accumulatoren von einer Elektricitätsquelle nicht zu verkennen. Nach N. steht auch noch der erhebliche Preis eines solchen kleinen Apparates (50 *M*) der Einführung entgegen. Allein vielleicht wäre doch dieser letztere Übelstand zu überwinden, während der erstere nicht fortzuschaffen ist. Es kann aber dennoch nicht in Abrede gestellt werden, dass die Elektricität wegen ihrer Unabhängigkeit von Sturm und Regen sehr große Vorzüge hat. Wie weit diese Unabhängigkeit auch dem Acetylen zukommen mag, erfahren wir nicht, doch spricht freilich die Verwendung des Gases durch Radfahrer auch in dieser Hinsicht für seine Brauchbarkeit im Freien bei jeder Windstärke und bei Regen etc. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

3) **M. W. Herman.** Über angeborene Gehirnbrüche.

(Przegląd lekarski 1899. No. 19. [Polnisch.])

Auf Grund eines genauen Studiums der Litteratur und mehrerer von Rydygier operirter Fälle gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Gehirnbrüche verdanken ihr Entstehen mit allergrößter Wahrscheinlichkeit einem kongenitalen inneren Hydrocephalus. 2) Ein operativer Eingriff soll womöglich erst nach dem 10. Lebensjahre, und zwar wofern das Kind keine Symptome von Hydrocephalus aufweist, vorgenommen werden. Nur in Ausnahmefällen soll die Operation in einem früheren Lebensalter vorgenommen werden.

Trzebicky (Krakau).

---

4) **Gangolphe** et **Pieny.** Contribution à l'étude des lésions du sinus latéral dans les traumatismes du crane.

(Revue de chir. 1899. No. 9.)

Der Abhandlung liegen 1 von den Verff. beobachteter und 7 in der Litteratur vorgefundene Fälle von Verletzung des Sinus lateralis bei Schädelbruch zu Grunde. In dem neu mitgetheilten war die Fraktur während des Lebens nicht nachzuweisen und bestand ein Krankheitsbild als Folge der Verletzung, welches mit dem einer Hirnblutung große Ähnlichkeit hatte; erst die Obduktion deckte einen Bruch des Os parietale und occipitale ohne Splitterung mit Zerreißung des Sinus lateralis dexter auf. Aus dem Studium der 8 Beobach-

tungen ergiebt sich Folgendes: Die Läsionen des Sinus lateralis bei Schädelverletzungen entstehen entweder unter dem Einflusse eines Splitters oder Fremdkörpers oder in Folge der Kontinuitätstrennung der Knochen. Der entstehende Bluterguss sammelt sich zwischen dem letzteren und der Dura an; seine Ausdehnung hängt davon ab, ob die Hirnhaut mit dem Knochen zum Theil fest verwachsen oder nicht adhärent war. Häufig erfolgt auch ein Bluterguss in die Archnoidea, selbst bis auf die entgegengesetzte Seite des Gehirns. Hieraus erklärt sich die Verschiedenheit des klinischen Bildes, die große Schwierigkeit der Diagnose, die Verwechslung mit einer Apoplexie durch Hirnblutung, besonders wenn ein Schädelbruch nicht nachzuweisen war. Trotzdem wird man bei Bestehen von Hirndruckerscheinungen nach einem schweren Trauma, das den Schädel in der Gegend des Sinus getroffen hatte, berechtigt sein, an dieser Stelle eine Probetrepanation vorzunehmen, wie sie mit nachfolgender Tamponade bereits in einem Falle von Luys mit dem Erfolge ausgeführt worden ist, dass die Blutung zum Stehen kam, freilich ohne dass der tödliche Ausgang wegen der Schwere der Verletzungen verhindert werden konnte. Bei offener Fraktur, bezw. Schussverletzung des Schädels mit Freiliegen des Sinus wird man in Bezug auf das Verhalten (Entfernung von Splittern, Fremdkörpern, Tamponade etc.) nicht im Zweifel bleiben. **Kramer** (Glogau).

---

5) **S. Berezowski.** Untersuchungen über die Bedingungen und Methodik operativer Druckentlastung des Gehirns.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 53—125 u. 264—347.)

B.'s Arbeit, die als ein eben so fleißiges wie inhaltlich reiches und vorzügliches Werk zu bezeichnen ist, ist aus Kocher's Klinik hervorgegangen und dreht sich dem Kerne der Sache nach um die bekannte Lehre dieses Autors über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Hirndruckerhöhung und Epilepsie und alle die hierzu gehörigen Bestätigungen und Konsequenzen, die sich in Kocher's Klinik ergeben haben. (Kocher selbst hat bekanntlich auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse eine kurze Darstellung des derzeitigen Standes seiner Epilepsietheorie vorgetragen und dabei auf die Ergebnisse der einschlägigen Specialstudien seiner Schüler Ito, Schär und B. Bezug genommen. Auf Kocher's Vortrag, dessen Text auch im Kongressreferate unseres Blattes erschienen ist, und der auch die Untersuchungsresultate B.'s in aller Kürze anführt, ist desshalb zunächst hier zu verweisen.)

Eine Übersicht über den Inhalt von B.'s Arbeit werden zunächst die Titel der Kapitel geben, in welche B. seinen Stoff eingetheilt hat. Sie lauten: I. Experimente über den Einfluss der umfangreichen Kraniektomien auf das Centralnervensystem. II. Klinische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei umfangreichen zufälligen und operativen Verletzungen des Schädeldaches, des Gehirnes und der

Gehirnhäute. III. Operative Behandlung der Impressionsfrakturen und der traumatischen Epilepsie. IV. Entlastungsoperationen für die Epilepsia genuina. Als Anhang folgen in Tabellenform mitgetheilt die der Arbeit zu Grunde gelegten Krankengeschichten des Kocher'schen Beobachtungsmateriales, und zwar 5 Fälle genuiner Epilepsie, 13 Fälle von Impressionsschädelfraktur, 11 Fälle von traumatischer Epilepsie. Die Resultate der Thierexperimente und diejenigen der klinischen Beobachtungen stehen in bester Harmonie zu einander und bestätigen und ergänzen sich gegenseitig. Da für den Praktiker aber stets die klinische Beobachtung von größerem Interesse zu sein pflegt, berücksichtigen wir zunächst die hierauf bezüglichen Erörterungen. Im Kapitel II untersucht B. 1) zunächst die Frage der Knochenneubildung im Bereiche eines Schädeldefektes, ein Gegenstand, für den 28 klinische Fälle verwerthbar sind. B. findet: »Wo die Dura excidirt wurde, haben wir selbst bei jungen Individuen keine Verknöcherung des Defektbodens gefunden. Wo die Dura intakt blieb, kommt früher oder später vollständige Verknöcherung selbst bei sehr großen Defekten«. Nach B., der sich hier auch auf seine Thierexperimente stützt, geht der Verknöcherungsprocess von Seiten der Dura eben so wie von Seite des Periostes und Knochenmarkhöhlen aus. Da er ganz nur bei Defekt der Dura ausbleibt, folgt, dass, wo man die Verknöcherung nicht wünscht, die Dura zu excidiren ist. Weiter wird dann 2) geprüft, ob Verwachsungen des Gehirnes mit den Nachbargeweben, wie sie nach zufälligen oder operativen kraniocerebralen Traumen zurückbleiben, Gehirnfunktionsstörungen, namentlich aber Epilepsie erzeugen können, wie das von verschiedener Seite behauptet ist. B.'s Experimente gaben für diese Möglichkeit gar keinen Anhalt. Von dem hier verwerthbaren klinischen Materiale, 17 Pat., werden nur 3 Kranke angeführt, bei denen auf Gehirnverwachsungen beziehbare Krankheitserscheinungen vorhanden sind. Bei 2 Kranken bestehen dieselben nur in einem stechenden Gefühle in der operirten Stelle beim Husten bezw. bei Witterungswechsel. Ein dritter Kranker erlitt allerdings eine beiderseitige Atrophie der Papille und Parese der Beine und wurde nach 7 Jahren epileptisch. Indess hatte derselbe auch einen Gehirnabscess durchzumachen gehabt, wonach tiefergreifende Narbenbildungen und Gewebsdegenerationen als wahrscheinlich anzunehmen sind. Aseptischen Heilungsprocess vorausgesetzt, werden Gehirnadhäsionen an sich keine üble Bedeutung besitzen. Von wirklich ernster Bedeutung 3) dagegen ist die Vermehrung des cerebralen Druckes durch Vermehrung des Liquor cerebrospinalis, die, falls sie nach Traumen zurückbleibt, die eigentliche Ursache der traumatischen Epilepsie zu sein scheint; denn in 13 Kocher'schen Fällen dieser Art Epilepsie war meist diese Liquorvermehrung nachweisbar, sei es in Form einer Cystenerweiterung des Seitenventrikels, sei es als chronisches Ödem der Hirnhäute. Auch spricht für diese Ätiologie der Fallsucht, dass jahrelange Dauerdrainage der Seitenventrikel wiederholt Krampffreiheit

zu bewirken im Stande war. Knochenfreie Vernarbung von Schädeldefekten aber scheint der Drucksteigerung und Vermehrung des Liquor cerebrospinalis vorzubeugen, und diesem Vorzuge gegenüber können etwaige kleinere Nachtheile, die ein unverknöcherter Schädeldefekt hat, nicht ins Gewicht fallen. Diese Nachtheile 4) sind aber thatsächlich unbedeutend, wie es der Gesundheitszustand von 17 hier zu berücksichtigenden Kocher'schen Kranken beweist. Denn von diesen waren nur 6 durch theils lokale, theils allgemeine unangenehme bezw. schmerzhafte Empfindungen belästigt. Ferner (Kapitel III), da in allen (6) operativ geheilten und recidivfrei gebliebenen Fällen von traumatischer Epilepsie die Trepanationsstellen wenigstens im Centrum unverknöchert und weich-elastisch geblieben sind, ergiebt sich für die klinische Behandlung von Schädelimpressionsfrakturen sowohl, wie von traumatischer Epilepsie als oberstes Princip, der Entstehungsmöglichkeit von intrakranieller Druckerhöhung entgegen zu arbeiten und insbesondere der Verknöcherung des Operationsdefektes vorzubeugen. Bei Schädelfrakturen soll bei der Entfernung von Vitreasplittern, selbst von großen Schädelknochenfragmenten weniger konservativ verfahren werden, Risse der Dura sollen unter keinen Umständen genäht werden und aus dem Gebiete des Defektes sollen die knochenproducirenden Gewebe, Periost und Dura mater, zumal wenn sie ohnehin beschädigt waren, entfernt werden. Noch wichtiger erscheint dem Verf. diese letzte Vorschrift für die Operationen der traumatischen Epilepsie. Auch (Kapitel IV) wenn bei genuiner Epilepsie ein Heilungsversuch mittels einer Trepanation Zwecks Hirndruckentlastung gemacht werden soll, ist besonders auf dauernde Druckverminderung zu achten und technisch dahin zu streben, eine völlige knöcherne Einheilung des zu bildenden Trepanationsknochenlappens zu verhüten. B. empfiehlt, zu dem Zwecke aus der Dura, entsprechend dem Rande des Knochenlappens, eine ringförmige Excision unter Spannung der Gefäße zu machen, ein Verfahren, dem Kocher mehrmals gefolgt ist.

Um nicht zu weitläufig zu werden, brechen wir ab, nochmals das Studium der Arbeit als sehr lohnend und empfehlenswerth bezeichnend.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

6) Ito. Experimentelle Beiträge zur Ätiologie und Therapie der Epilepsie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 225 u. 417.)

Die von hervorragendem Fleiße zeugende und ihrem japanischen Verf. schon durch die gute Beherrschung der deutschen Sprache Ehre einlegende Arbeit ist aus Kocher's Klinik hervorgegangen und hatte im Wesentlichen zum Ziele, die Anschauungen dieses Chirurgen über einen ursächlichen Zusammenhang zwischen vermehrtem Hirndrucke und Epilepsie experimentell auf die Probe zu stellen. Das Versuchsprogramm lautete: »Man misst an den Versuchsthieren vorher die Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit und macht dieselben

auf irgend eine Weise künstlich epileptisch. Wenn die Thiere epileptisch geworden sein sollten, bestimmt man die Spannung wieder und vergleicht die Werthe beider Messungen. Schließlich kann man die epileptischen Thiere operativer Druckentlastung des Gehirns unterwerfen und deren Wirkung auf die Anfälle konstatiren.« Im Abschnitte I seiner Arbeit giebt I. eine ausführliche Zusammenstellung der bislang probirten Methoden zur künstlichen Epilepsieerzeugung am Versuchsthiere, um dann zum Berichte über seine eigenen an Hunden und Meerschweinchen angestellten Versuche überzugehen. Abschnitt II erörtert die an sich interessanten und mannigfach modificirten, bezüglich ihrer Hauptaufgabe, der Epilepsieerzeugung, aber leider resultatlos gebliebenen Versuche an Hunden, Abschnitt III diejenigen an Meerschweinchen. Hier ist es dem Verf. gelungen, 5 Thierchen epileptisch zu machen. Entsprechend Angaben von Westphal wurden junge, 4—5 Wochen alte Thiere benutzt, und zwar wurden sie dem Klopfversuche mit umgekehrtem Perkussionshammer auf den Kopf unterzogen, welcher Eingriff verschieden häufig täglich, z. Th. wochen- und monatelang wiederholt wurde. 3 Thiere wurden außerdem nach Salathé auf einer Centrifugalmaschine rotirt, 2 mit dem Kopfe nach der Peripherie, 1 mit demselben nach dem Centrum zu fixirt. Die Messung der Spannung des Liquor cerebrospinalis fand bei diesen Thieren mittels des Hürthle'schen Membranmanometers statt. Die Spannung betrug vor Vornahme der Experimente durchschnittlich 45 mm, nachdem die Thiere aber epileptisch geworden waren (ca. 5 Wochen und länger danach) 175 mm, also beinahe 4mal mehr. Zwar hatten die Thiere in der Zeit zwischen den beiden Messungen an Gewicht zugenommen (durchschnittlich 120 g), aber diese Gewichtszunahme kann die Drucksteigerung der Hirnflüssigkeit allein nicht erklären; denn die bei den epileptischen Thieren gefundene Spannungsgröße übersteigt diejenige bei gesunden, auch sehr kräftigen und schweren Thieren erheblich. An Quantität aber zeigte sich bei den epileptischen Thieren der Liquor nicht vermehrt, so dass die Drucksteigerung des Liquor nur durch Fortleitung des seinerseits bereits gesteigerten Druckes im Blutgefäßsystem zu erklären ist. Bei den noch zu erwähnenden Trepanationen der epileptischen Thiere fand sich nun eine hochgradige Hyperämie der Hirnhäute und der Hirnrinde, die I. zur Erklärung der starken Liquorspannung und indirekt der Epilepsie in Anspruch nimmt. (Von anderen Autoren — Gutnikow — ist allerdings im Gegentheile die Meerschweinchenepilepsie durch Gehirnanämie zu erklären gesucht.) Diese funktionelle Hyperämie des Centralnervensystems aber erklärt I. durch irgend eine Störung des lokalen vasomotorischen Mechanismus, die die Folge der Klopfversuche etc. war. — Um die Wirkung der intrakraniellen Druckherabsetzung auf die Epilepsie zu prüfen, wurden an 3 von den epileptisch gemachten Kaninchen Trepanationen über den Scheitelbeinen vorgenommen, wobei jedes Mal die, wie erwähnt, intensiv hyperämische Hirnsubstanz hoch aus dem

Trepanationsloch hervorquoll. Bei einem Thiere wurde versehentlich das Halsmark verletzt, wodurch die weitere Beobachtung vereitelt wurde. Das 2. zeigte 5 Wochen lang nach der Trepanation erheblich selteneres Auftreten der Krampfanfälle, das 3. hatte am Tage nach der Operation nur noch einen, dann 6 Tage lang gar keine Anfälle, ging aber am 7. Tage an Meningitis ein. Diese wenn auch spärlichen Resultate zeigten immerhin, dass die trepanatorische Schädeldruckentlastung günstig auf die epileptischen Anfälle einwirkte. — Es folgen in Abschnitt IV Berichte über Hirndruckmessungen bei 3 trepanirten Epileptikern und einem wegen Hirnabscess trepanirten Knaben. Auf den Knochendefekt der seit lange vernarbten Operationsstelle wurde ein Glastrichter passender Größe aufgesetzt, die Berührungsstelle mit der Haut durch aufgestrichene Salbe wasserdicht gemacht, dann der Trichter mit Wasser gefüllt und mit einem Gummirohr und dem Tonographen armirt. Zwei von den gewonnenen Hirnbewegungskurven sind reproducirt. Bei den 3 Epileptikern betrug die Cerebralspannung durchschnittlich 60 mm Wasser beim Geradesitzen, mit pulsatorischer Schwankung von 50 mm und respiratorischer von 90 mm. Der gesunde Junge hatte im Vergleich einen viel größeren Werth, 150 mm Spannung beim Geradesitzen. Übrigens wechselte stets das Resultat mit Lageveränderungen des Kopfes, und kamen bisweilen sogar negative Werthe vor. Ein Pat. bekam während der Vornahme einer revisorischen Präparation der Trepanationsnarbe bei Incision einer sich findenden Cyste einen Krampfanfall, wobei unter starker Cyanose des Gesichtes der Boden der Wunde stark hervorprallte und das aus der Wunde abfließende Blut rasch dunkle Färbung annahm. Mit Ablauf des Anfalles verlor sich das. Es werden dann noch die Protokolle über die Hundeexperimente mitgetheilt, worauf aber nicht näher einzugehen ist, da dieselben hinsichtlich Epilepsieerzeugung resultatlos waren, und schließlich wird die benutzte Litteratur in einem nicht weniger als 415 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

7) **Preysing.** Die gesunde menschliche Paukenhöhle ist keimfrei.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXV. Hft. 18 u. 19.)

Verf. hat an dem Breslauer pathologischen Institut (Ponfick) ein Material von 69 Fällen spätestens 11—12 Stunden nach dem Tode mit bakteriologisch einwandsfreier Methode auf die Frage der Keimfreiheit der gesunden menschlichen Paukenhöhle hin untersucht und letztere im bejahenden Sinne entgegen der bislang in der Ohrenheilkunde herrschenden gegentheiligen Ansicht beantworten können. Er gelangt ferner zu dem Schlusse, dass auch die mit Schleim gefüllte Paukenhöhle der Neugeborenen keimfrei ist.

Interessant ist das Ergebnis zweier Fälle, die in der erkrankten Paukenhöhle Bakterien aufwiesen. 1mal wurden in der 4. Woche

nach Beginn des Typhus bei Otitis media purulenta Typhusbacillen nachgewiesen, in einem anderen Falle (Pyämie) mit tödlichem Ausgange konnten sowohl aus den metastatischen Gelenkeiterungen, aus dem Pleuritiseiter so wie aus beiden Paukenhöhlen der Staphylococcus pyogenes albus gezüchtet werden, ein außerordentlich seltenes Vorkommnis.

Hübener (Dresden).

---

8) **B. Floderus.** Bidrag til stigbygelankylosens operativa radikalbehandling.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. No. 13.)

Die Arbeit enthält zuerst eine kurze Übersicht der verschiedenen anatomischen Formen der Steigbügelankylose, vom ätiologischen und mechanischen Standpunkte aus; weiter werden die bisher gewonnenen Resultate der operativen Eingriffe auf den Steigbügel, die Mobilisation und die Stapedektomie, kurz erwähnt. Die Unvollständigkeit dieser Operationen hat Verf. zu demselben Vorschlage geführt, den vorher — und zwar ihm unbekannt — Panse und Passow schon gemacht haben, d. h. durch die Resektion eines Theiles des knöchernen Labyrinthes mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch die Schallleitung zum inneren Ohre zu vermitteln.

Das von großem Fleiße und umfassenden anatomischen Studien zeugende Operationsverfahren Verf. streift in den Einzelheiten so sehr in die Grenzgebiete der speciellen Otiatrie hinüber, dass ein näheres Eingehen auf dasselbe aus dem Rahmen dieses Blattes fallen würde. (Da ohnedem Verf. seine Operation am Lebenden noch nicht geprüft hat, müssen wir abwarten, ob es Verf. gelingen wird, mit seinem Vorschlage die bisherigen Ansichten der Otologen über die Sklerose als ein Noli me tangere zu verändern. Ref.)

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **E. Meier** (Magdeburg). Über otitische Pyämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 43.)

Auf Grund einer Reihe eigener Erfahrungen sucht M. die Lehre zu widerlegen, dass die septischen und pyämischen otogenen Erkrankungen als Septhämie lymphangitischen Ursprunges oder als Pyämie ohne Sinusthrombose auftreten können, und nachzuweisen, dass, da die Entzündung der Lymphbahnen des Ohres und der Venen des Warzenfortsatzes (Osteophlebitis) noch niemals nachgewiesen seien, stets als Quelle der otogenen Sepsis und Pyämie eine infektiöse Thrombose des Hirnsinus und der Vena mastoidea angesehen werden müsse. In Übereinstimmung mit Leutert zeigt er, dass bisher auf die nur wandständigen Thromben und den Sitz des infektiösen Thrombus im Bulbus der V. jugul. nicht in der erforderlichen Weise geachtet worden sei. Entsprechend dieser Auffassung verlangt M., zunächst den primären Knochenherd auszuschalten, principiell den Sinus freizulegen und bei Bestehen tieferer Veränderungen an selbigem breit zu spalten und zu tamponiren, wenn der Kranke, auch bei

Fehlen ausgesprochener pyämischer oder septhämischer Symptome, bereits sehr geschwächt ist. Sind aber solche vorhanden, soll auf jeden Fall der Sinus breit eröffnet, ein verstopfender Thrombus so weit als möglich verfolgt und ausgeräumt, eben so auch ein wandständiger, selbst bei profuser Blutung, entfernt werden. Findet sich im Sinus kein Thrombus, oder ist das Ende eines solchen von oben her nicht zu erreichen, so ist die V. jugularis zu unterbinden bezw. zu spalten, von Thromben zu befreien und zu tamponiren. — Mehrere Krankengeschichten illustriren das Gesagte. **Kramer** (Glogau).

---

10) **C. Martin.** De la rhinoplastie sur charpente métallique.
(Revue de chir. 1899. No. 8.)

11) **A. Vautrin.** De la rhinoplastie sur surport métallique.
(Ibid. No. 9.)

M. hat schon vor 10 Jahren Versuche gemacht, zur Rhinoplastik metallene Stützgerüste zu verwenden, und damit neben manchen Misserfolgen auch gute Resultate erzielt, die ihn in ästhetischer und funktioneller Hinsicht voll befriedigten. In vorliegender Arbeit sucht er die Ursachen für erstere zu erklären und die Indikationen für seine Methode festzustellen. In technischer Hinsicht ist es erforderlich, möglichst große Lappen zur Nasenbildung zu entnehmen, bei den Verbänden jeden Druck derselben gegen die Prothese zu vermeiden; wichtig ist ferner die Herstellung einer möglichst soliden häutigen Nasenscheidewand, die M. aus einem perinasalen und einem frontalen Lappen macht und die absolut unbewegliche Fixation der gut passenden Prothese gegen die Knochen, die natürlich ganz gesund sein müssen. Lassen sich diese Bedingungen nicht erreichen, und ist der pathologische Process, der zur Zerstörung der Nase geführt, noch nicht abgelaufen, dann ist von der Verwendung von metallenen Prothesen Abstand zu nehmen, da sonst Misserfolge unvermeidlich sein würden. Es werden sich nach M. somit überhaupt nur wenige Fälle für seine Methode eignen.

V.'s Arbeit stellt in so fern eine Ergänzung zu der von M. dar, als sie einerseits die Formen der aus Gold, Silber oder Platin herzustellenden Prothesen genauer bespricht, andererseits auf die Methoden der Rhinoplastik für die Einlagerung des metallenen Stützgerüstes zwischen 2 Lappen näher eingeht. Diejenigen, welche in Anbetracht der von M. und V. erreichten Resultate, deren eines von Letzterem durch Mittheilung einer Operationsgeschichte illustrirt wird, mit dem Verfahren einen Versuch machen wollten, werden sich V.'s Abhandlung näher ansehen müssen. In Deutschland dürften wohl trotz der beiden französischen Empfehlungen die bisher gehegten Zweifel an dem Werthe metallener Stützgerüste für die Rhinoplastik nicht aufgegeben werden. **Kramer** (Glogau).

---

12) **Goldthwait.** Osteo-arthritis of the spine: spondylitis deformans.

(Boston med. and surg. journ. 1899. August.)

G. versteht unter Osteoarthritis die Erkrankungsform, bei welcher sich an den Rändern des Gelenkknorpels knorpelige, später verknöchernde Auswüchse bilden, während im Centrum der Gelenke der unter Druck stehende Knorpel atrophisch wird und verschwindet. Diese Erkrankung befällt durchaus nicht selten und manchmal auch schon bei verhältnismäßig jungen Leuten auch die Wirbelsäule. G. beschreibt 10 solcher Fälle, welche er selbst beobachtete, und reiht diese an 35 weitere an, welche er in der Litteratur gefunden hat. Beigegebene Abbildungen veranschaulichen deutlich die Folgen der osteoarthritischen Wirbelerkrankungen. Therapeutisch ist es von Wichtigkeit, die Entstehung großer Deformitäten zu verhüten und für allgemeine Kräftigung der Pat. zu sorgen. Vor gewaltsamem Redressement wird gewarnt. **Willemer** (Ludwigslust).

Kleinere Mittheilungen.

Wahrnehmungen an einem brandigen Bruche.

Von

Prof. Dr. **Carl Bayer** in Prag.

Am 26. November v. J. hatte ich eine rechtsseitige, 2 Tage eingeklemmte gangränöse Cruralhernie einer 45 Jahre alten Frau, welche, wie die Veränderungen an der Haut deutlich zeigten, arg durch Taxis misshandelt worden war, zu versorgen.

Der Bruchsack enthielt etwa 2 Esslöffel voll rein blutiges, zähflüssiges, theerartig aussehendes Bruchwasser und eine hühnereigroße Dünndarmschlinge, sehr straff abgeschnürt, schwarzbraun verfärbt. Nach Discision des Incarcerationsringes mit dem Herniotom und Vorziehung der Schlinge schien es, als würde die erloschene Cirkulation in derselben sich wieder herstellen; doch blieb der zuführende Theil auch nach längerem Zuwarten trotz Einpackung in feuchte warme Gazekompressen welk und schwarz. Auch sah man an dem zuführenden vorgezogenen Schenkel noch eine Strecke weit aufwärts zahlreiche, etwa pfennig- bis markstückgroße, circumscripte, diskontinuirliche Blutunterlaufungen der Serosa. Dieser Befund veranlasste mich, den schwer geschädigten Darmabschnitt zu reseciren. Lagerung auf feuchte warme Kompressen, Ausstreifen des Darmstückes, Anlegung zweier Gussenbauer'schen Klammern, Resektion und cirkuläre Darmnaht in üblicher Weise; der Mesenterialschnittrand war zuvor durch etappenweise Ligaturen versorgt, nur an seinem mittleren Theile lagen noch 2 Péans; ich wollte zum Schluss hier Suturen anlegen und damit die Ligaturen ersparen. Die Darmnaht wurde so ausgeführt, dass zunächst vom Lumen her die hintere sero-muskuläre Naht, darüber die Schleimhautnaht und nachher daran anknüpfend die Schleimhautnaht der vorderen Halbperipherie und darüber die vordere sero-muskuläre Naht mit einigen versichernden sero-serösen Suturen, wie ich immer nähe, angelegt wurde. Genäht wurde mit Seide, dicht. Bis hierher ging alles glatt nach Wunsch. Es fiel uns aber schon nach Abnahme der Klammern eine ungewöhnliche Zusammenschrumpfung des abführenden Darmstückes auf, welche unter unseren Augen in antiperistaltischer Richtung rapid zunahm, so dass schließlich das abführende Stück in der Länge von gut 10 cm kaum dicker war als ein gewöhnlicher Bleistift und hinsichtlich der Lumenweite gegen das zuführende, daran

genähte Stück auffällig kontrastirte. Es scheint mir wichtig zu sein, diesen Befund hier gleich zu erwähnen, weil er uns helfen wird, das unliebsame Ereignis, das nun folgte, zu erklären. Während wir nun weiter den Mesenterialspalt durch Nähte versorgten, sahen wir den Spasmus der abführenden Schlinge langsam wieder zurückgehen, wenn auch diese immer noch recht kontrahirt aussah, als wir daran gingen — nach positiv erfolgter Prüfung auf Permeabilität durch gegenseitige Verschiebung des Inhaltes und nach Abspülung der ganzen Schlinge — diese zu reponiren, da sonst alles in Ordnung schien. Die Reduktion verursachte in so fern einige Schwierigkeiten, als der genähte Mesenterialspalt für die Bruchpforte zu unnachgiebig und massig war, und ich musste die letztere noch einmal incidiren. Kaum war aber nun der Darm reponirt, als eine heftige Blutung aus der Bauchhöhle erfolgte, die uns zwang, die eben reponirte Schlinge sofort wieder vorzuziehen. Und nun bot sich unseren Blicken folgendes erschreckende Bild dar. Die Serosa der zuführenden Schlinge war weithin — auf mindestens 10 cm Länge — blutig suffundirt, und aus der Mitte des genähten Mesenterialspaltes blutete es lebhaft, wenn auch kein spritzendes Gefäß zu sehen war. Einige Umstechungen stillten zwar die Blutung am Spalt; doch blutete es wiederum aus den Öffnungen dieser Stiche, welche erst wieder mit Schiebern gefasst und unterbunden werden mussten. Endlich schien auch diese Blutung sicher gestillt zu sein.

Was nun mit dem blutunterlaufenen Darmstück anfangen? Das abführende, vorhin stark kontrahirte Stück hatte sich vollends wieder erholt, die Serosa des zuführenden Stückes war allerdings mit Blut unterlaufen, doch überall glatt, die Naht hielt fest. Ich hätte wohl am liebsten das ganze Stück nochmals resecirt; allein daran war nicht zu denken; durch das zuwartende Betrachten der eingeklemmten Schlinge, ob sie sich noch vollends erholen würde, durch die verschiedenen Kalamitäten der Reposition der resecirten Schlinge und die neuerliche Blutstillung waren schon beinahe 2 Stunden seit Beginn der Operation verflossen; wir arbeiteten bei Gasbeleuchtung, der Operationsraum war mit Zersetzungsprodukten des Chloroforms gefüllt, die Kranke schon stark hergenommen, wir selbst recht müde: es musste ein Ende gemacht werden. Nachdem ich mich nochmals überzeugt, dass die Naht sicher fest und solide hielt, fand ich es nicht für angezeigt, die Schlinge — feucht bedeckt — draußen liegen zu lassen (was vielleicht doch das richtigere Verfahren gewesen wäre), sondern reponirte sie nochmals, jetzt ohne Hindernis. Kaum war jedoch die Schlinge hinter dem Bruchring verschwunden, als es wiederum anfing, aus der Bauchhöhle zu bluten! Rasch schnitt ich das Lig. Pouparti und die angrenzende Bauchwand aufwärts durch, um Platz zu gewinnen, und zog die Schlinge nochmals vor; es blutete wieder aus dem Mesenterialspalt, und die Blutung stand nicht eher, als bis ich den ganzen Spalt mit einer umschlungenen Achternaht umsäumte. Jetzt stand die Blutung definitiv, auch nachdem die Schlinge — jetzt zum 3. Mal — reponirt war. Um mich ihrer in der Nähe des Bruchringes zu versichern, schob ich je einen Jodoformdocht über und unter die Nahtstelle und leitete die Enden der Dochte zum oberen und unteren Wundwinkel heraus: Abtragung des größten Theiles des Bruchsackes, an dessen medialer Wand ein subseröses ca. dattelgroßes, in den Bruchsack gleich einer Appendix hineinragendes Lipom saß, Naht der Wunde über einem locker eingelegten Jodoformgazestreifen.

Der Verlauf — um die ganze Krankengeschichte gleich zu erledigen — war folgender. Am nächsten Tage schien alles gut gehen zu wollen; die Kranke hatte sich erholt, die Temperatur war normal, der Puls gut, der Unterleib weich, kaum etwas weniges gebläht. Beunruhigend war nur eine leichte Brechneigung und Schmerzhaftigkeit des linken Hypogastrium. In der Nacht verfiel aber die Kranke sichtlich; früh war der Puls kaum zu tasten; dabei kein Meteorismus, sogar einige Stühle. Trotz allen Reizmitteln, subkutanen Wasserinjektionen etc. steigerte sich der Collaps von Stunde zu Stunde; am Nachmittag Exitus.

Der Fall war in der Dr. Bloch'schen Heilanstalt operirt worden, die Sektion unterblieb. Ich glaube, dass doch etwas Blut in der Bauchhöhle zurückgeblieben war, und eine septische Peritonitis den Tod herbeigeführt hat; möglicherweise ist

das suffundirte Darmstück vom Darm aus inficirt worden und ist der Gangrän verfallen.

Ich hatte vergessen, aus der Vorgeschichte der Kranken zu erwähnen, dass sie vor 1 Jahre wegen Glaukoms operirt worden ist. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass auch noch andere Cirkulationsstörungen, die mir etwa entgangen waren, zu berücksichtigen wären. Vielleicht dürften diese zur Erklärung der schweren Blutung während der Operation theilweise beitragen. Der Hauptgrund für die Blutung aber ist meiner Meinung nach in folgenden Momenten zu suchen.

So lange die Klammern lagen und die relativ enge Bruchpforte gleich einer elastischen Ligatur Darm und Mesenterium komprimirte, gab es keine auffällige Blutung. Es blutete erst nach der Reposition der Schlinge. Man muss annehmen, dass zwischen den Etappenligaturen des Mesenteriums irgend wo ein oder mehrere größere Gefäße offen geblieben sind, aus denen nach Befreiung aus der Klemme die Blutung erfolgte; denn diese stand definitiv erst, nachdem der ganze Mesenterialspalt durch eine Achternaht umschlungen worden ist. Wir erinnern uns noch an die spastische Kontraktion des abführenden Darmstückes nach Abnahme der proximalen Klemme; ich glaube diesen Spasmus als einen ischämischen, durch Druck von Seite der vielleicht zu stark zusammengedrückten Klammerbranchen (sie waren allerdings mit Gummiröhren armirt) erzeugten deuten zu müssen. Es kann sein, dass die dadurch begünstigte sekundäre Vasoparalyse bei der vorhandenen pathologischen Gefäßbeschaffenheit auch einen Theil hat an der Blutung, welche ja, wie schon erwähnt, eher venös als arteriell zu sein schien.

Für die ungewöhnliche Vulnerabilität des Gefäßsystems scheint mir auch der Befund zu sprechen, den wir an dem zuführenden, nach Débridement aus der Bauchhöhle vorgezogenen Darmstück wahrgenommen haben: nämlich die vielen Blutaustritte unter die Serosa, noch ehe wir am Darme überhaupt irgend wie manipulirt hatten. Auch die verhältnismäßig rasch aufgetretene Gangrän — mit Zuhilfenahme der übrigen Momente, das rein blutige, theerartig zähe Bruchwasser nicht ausgenommen — stützen in diesem Falle die Annahme einer pathologischen Beschaffenheit des Gefäßsystems, und dies um so mehr, wenn wir die vorausgegangene Glaukomerkrankung auch noch mit berücksichtigen.

Und nun die Moral aus dieser Erfahrung?

Ich glaube sie zusammenfassen zu können in diesen 2 Sätzen.

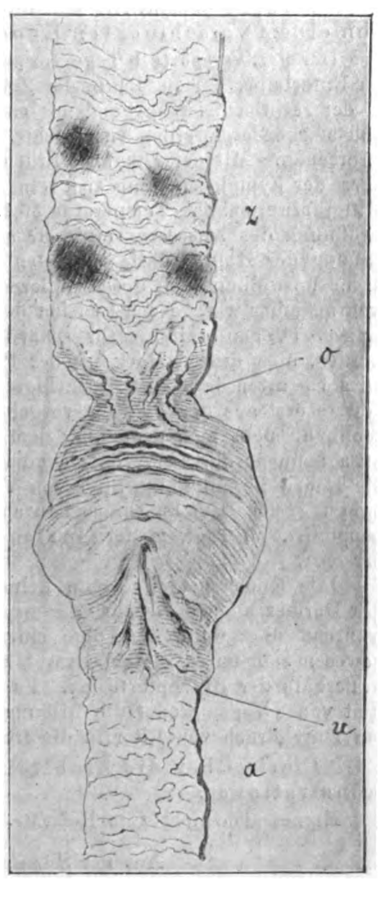
1) Man berücksichtige auch scheinbar geläufige und daher minder bedeutungsvoll erscheinende Veränderungen an der vorgezogenen Darmschlinge. Giebt es auch ohne grobe Veränderungen der Serosa nicht selten schwere, weithin stromaufwärts sich erstreckende Destruktionen der Schleimhaut, so waren die vermeintlichen Suffusionen in unserem Falle ein Fingerzeig mehr zur Vorsicht und eine direkte Aufforderung, den Mesenterialgefäßen eine sorgfältigere Berücksichtigung, als sonst, zu schenken; denn die Blutaustritte waren an dem noch in der freien Bauchhöhle gelegenen, somit geschützten Stücke, also nicht etwa durch die Taxis, sondern durch die Einklemmung selbst erzeugt. Ich wenigstens bin nicht der Meinung, dass man eben mit Rücksicht auf die scharf umschriebene Form der Blutaustritte, ihre getrennte Lage und ihre Lokalität (nicht in, sondern unter der Serosa) annehmen kann, das Stück Darm sei vorher auch im Bruchsack gelegen, bei der Taxis reponirt worden und dabei durch Quetschung blutig unterlaufen. In diesem letzteren Falle hätten wir es mit mehr flächenhaften und zugleich in die Serosa selbst eingedrungenen Blutungen zu thun. Auch zeigten diese vielbesprochenen Blutaustritte am durchschnittenen Darme eine deutliche Keilform, indem sie, von der Serosa einwärts alle Schichten des Darmes durchdringend, an der Schleimhautoberfläche breiter waren als unter der Serosa. Man muss somit die erwähnten Blutaustritte als hämorrhagische Infarkte auffassen. — Ich würde in Zukunft einen solchen Darm primär nicht reseciren, sondern zunächst fixirt und entsprechend feucht versorgt liegen lassen; eine sekundäre Resektion würde dann inzwischen restituirte Cirkulationsverhältnisse finden[1].

[1] Wollte man schon gleich reseciren, so müsste, wie ich meine, namentlich bei suspekter Anstauung der Mesenterialgefäße das Gekröse, wie es früher all-



2) Die Darmresektion bei gangränösen Brüchen soll — wie es die Regel ist — immer nur bei möglichst weiter Bruchpforte, eventuell erst dann vorgenommen werden, wenn durch eine genügende Erweiterung der Herniotomiewunde auf die angrenzende Bauchwand eine freie Übersicht der Verhältnisse jenseits des Bruchringes gegeben ist, um insbesondere die Veränderungen des Mesenterialgefäßbaumes klar überblicken zu können. Auch wir dachten ja nach dem ersten ausgiebigen Débridement genügend Platz geschafft zu haben; die Folge lehrte das Gegentheil.

So lehrreich unser Fall in klinischer Hinsicht ist, er ist damit noch nicht erschöpft. Auch der Befund am resecirten Darmstück ist höchst beachtenswerth. Ich kann es mir daher zum Schlusse nicht versagen, eine Skizze des Präparates hier anzufügen (s. Fig.).



Es ist nämlich ganz interessant, die Faltung der Schleimhaut zu studiren, welche die alte Roser'sche Brucheinklemmungstheorie mit jener Kocher's in einem Bilde vereinigt darstellt. Man sieht die Schleimhaut des incarcerirten Stückes von der Strangulationsstelle am abführenden Schenkel (Fig. *u*) zunächst in aufwärtsstrebende, hinauf konvergirende Längsfalten gelegt; nahe der oberen Schnürfurche (Fig. *o*) zeigt die Schleimhaut wirklich klappenförmige, cirkuläre Querfalten; von diesen aufwärts durch den oberen Schnürring bis ins zuführende Darmstück hinauf sieht man wieder Längsfalten, aber divergirend, mit allmählichem Übergange in die normale lockere Querfaltung, (Fig. *z* zuführendes, *a* abführendes Stück). Die pathologischen Falten im incarcerirten Stücke sind in Folge der entzündlichen Infiltration der Subserosa starr fixirt gewesen und blieben es auch bei dem Versuche, sie auszuglätten; daher ist das Präparat so besonders werthvoll, da es die sonst selten so schön wahrzunehmenden Verhältnisse der Schleimhaut unverändert in situ darstellt.

Man gewinnt ganz entschieden den Eindruck, als hätte sich hier die Schleimhaut aus dem incarcerirten Stücke in die zuführende Schlinge aufwärts gezogen (Kocher), und diesseits des oberen Schnürringes in klappenförmige Falten gelegt (Roser).

Versuche ich diesen Befund ätiologisch zu interpretiren, so muss ich sagen: Die ausgetretene Schlinge machte offenbar heftige antiperistaltische Bewegungen (auch wir sahen solche direkt bei der Operation am abgeklemmten abführenden Schenkel); die Schleimhaut schob sich fortwährend aufwärts; dazu kam noch der im selben Sinne wirkende Zug nach Kocher, und so kompletirten dieser Schub und Zug, weil ihre Wirkung bloß auf die Schleimhaut sich beschränken konnte, durch kombinirte Arbeit den Verschluss, anstatt, wie es im Sinne der Selbsthilfe gemein üblich war, keilförmig resecirt werden, um allenthalben gesunde Verhältnisse zu schaffen.

plausibel scheinen sollte, die Schlinge dadurch wieder zurückzubringen, was eben durch die Reibung der Serosa im Einklemmungsringe verhindert wurde. Durch die Taxis musste die einmal eingeleitete Faltung nur noch zunehmen.

Es ist wohl möglich, dass dieser kombinirte Schub- und Zugmechanismus öfter bei Einklemmung den definitiven Verschluss herbeiführt, als man bisher annahm.

---

13) K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 43 u. 44.)

Aus der Sitzung vom 20. Oktober 1899.

Büdinger demonstrirt ein durch Resektion gewonnenes Darmstück, das von einem verschluckten Knochensplitter zweimal durchlocht ist.

Der Pat. verspürte 8 Tage vor seinem Spitalseintritte einen plötzlichen Schmerz im Unterleibe, der im Laufe der Zeit zunahm. Es entstand bald eine Geschwulst in der rechten Leistengegend mit entzündlichen Erscheinungen, die schnell wuchs und starke Beschwerden verursachte. Fieber; Stuhl normal, kein Aufstoßen, kein Erbrechen. Mit der Diagnose Brucheinklemmung ins Hospital geschickt. Rechts über der Symphyse fand sich ein etwa faustgroßer Abscess, der bis über die Mittellinie reichte. Temperatur 39,4. Bauch sonst nirgends schmerzhaft. Nach Eröffnung des Abscesses entleerte sich eine große Menge stinkenden Eiters. Im Grunde der Höhle fühlte man den äußeren Leistenring und vor demselben eine flache Vorwölbung, an deren äußerem Rande eine scharfe, knochenharte Resistenz wahrnehmbar war. Nach Incision des Bruchsackes konnte aus demselben ein 4 cm langes, $1^1/_2$ cm breites, sehr scharfkantiges Stück eines Rindsknochens entfernt werden, über dessen Herkunft der Pat. keine Angaben zu machen wusste. Gegen alles Erwarten lag dem Bruchringe keine Darmschlinge an; das perforirte Stück musste erst aus der Tiefe hervorgeholt werden. An demselben, einer Dünndarmschlinge, sieht man gegenüber dem Gekrösansatze 2 Perforationsöffnungen, beide etwa bohnengroß, 2 cm von einander entfernt, mit ziemlich scharfen Rändern; um die Lücke herum keine Spur von Verwachsungen. Resektion des Stückes. Vereinigung der Darmlichtungen durch Naht, die äußere Wunde mit Jodoformgaze tamponirt. 3 Tage später Tod an eitriger Peritonitis. Naht vollkommen unversehrt.

Das Knochenstück lag in keinem Bruche, sondern muss sich beim Passiren des Darmes an dem Bruchringe gespießt haben. So entstand die erste Perforation, während die zweite die Folge einer retrograden Verschiebung des Fremdkörpers gewesen sein muss. Das Darmstück ritt frei auf dem Knochenfragmente, welches außerhalb der Bruchpforte lag. Es ist höchst auffallend, dass sich in der langen Zeit von 8 Tagen weder die Bildung von Verwachsungen in der Umgebung, noch ein Durchbruch von Eiter in die freie Bauchhöhle vollzog.

Albert: Über die Architektur der Knochenspongiosa. (Mit Demonstrationen.

Eignet sich nicht zum Referate.

Aus der Sitzung vom 27. Oktober 1899.

A. Schiff stellt einen Pat. mit vollkommen retrosternaler Struma vor, der durch besonders kräftige Hustenstöße im Stande ist, seinen Kropf nach oben zu luxiren, so dass man die Geschwulst oberhalb des Jugulum deutlich palpiren kann. Mit Nachlass der forcirten Exspirationsstellung versinkt der Kropf sofort wieder hinter das Brustbein.

Schopf demonstrirt einen durch Gastrotomie gewonnenen Trichobezoar. (Erscheint ausführlich.)

Kaposi berichtet über eine Reihe von Schädigungen durch Röntgenstrahlen und demonstrirt einen Pat., der im August 1898 wegen vermeintlich zu auffälliger Behaarung der Hände sich in einigen Sitzungen mittels Röntgenstrahlen behandeln ließ. Derselbe bekam über beiden Händen, links entsprechend

dem proximalen Ende des Mittelhandknochens des Mittelfingers einen 1½ cm breiten, scharf begrenzten Substanzverlust, auf dem rechten Handrücken einen solchen in der Ausdehnung vom Ring- bis zum Zeigefinger. Diese Geschwüre, torpide, ohne Neigung zur Heilung, mit Nekrose der Strecksehne des rechten Mittelfingers, bestehen noch heute, seit 14 Monaten, und zeigen sich reaktionslos gegen die verschiedensten Mittel. Die übrige Haut des Handrückens ist livid, roth, geschwellt, bei Druck und auch anfallsweise spontan sehr schmerzhaft.

Hübener (Dresden).

14) **H. Graetzer.** Über Späteiterung nach Schussverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

G. theilt einige Beobachtungen aus der v. Bruns'schen Klinik mit, in welchen Geschosse nach jahrelangem reaktionslosem Verweilen im Körper doch schließlich noch zu entzündlichen Erscheinungen und Späteiterungen führten:

1) 43jähriger Mann. Revolverschuss in den linken Oberschenkel; vergebliche Extraktionsversuche, Heilung nach 10 Tagen. 10—11 Jahre später Auftreten eines Weichtheilabscesses an der Innenseite des Oberschenkels. Incision, Extraktion des im Innern des Abscesses aufgefundenen Geschosses. Heilung. Der Abscess enthält Staphylococcus albus.

2) 33jähriger Mann. Schrotschuss in den linken Fuß. Entfernung des zerschmetterten Malleol. int., mehrerer Schrote und Sehnenstücke; 1½ Jahr krank, dann wieder 8 Jahre arbeitsfähig. Seit 3 Jahren mehrfaches Aufbrechen der Wunde, Abstoßung von Papierpfröpfen und Sequestern. — Spaltung einer in das untere Tibiaende einmündenden Fistel, in deren Grund sich kleine Bleistücke und Knochensplitter in Granulationen eingebettet finden. Heilung.

3) 32jähriger Mann. Revolverschuss in den linken Oberschenkel vor 4 Jahren: Incision eines Abscesses, Genesung nach 5 Wochen. Seit ½ Jahr schmerzhafte Schwellung an der Innenseite des linken Oberschenkels. Incision eines tiefen Weichtheilabscesses, Geschoss nicht zu finden. Heilung.

In der Litteratur ließen sich 52 weitere einschlägige Beobachtungen auffinden, von denen 4 mitgetheilt werden. Anschließend weist G. auf die Analogie zwischen Späteiterung nach Schussverletzungen und recidivirender Osteomyelitis hin. Wie bei dieser nachweislich Keime innerhalb von Knochenherden jahrelang lebensfähig und virulent bleiben können, so nimmt G. auch für die Späteiterungen nach Schussverletzungen an, dass primär in die Wunde eingeführte Keime die nachträglich entstandenen Abscesse verursachten. **Honsell** (Tübingen).

15) **Girard** (San Francisco). Einige ärztliche Erfahrungen aus dem amerikanisch-spanischen Kriege.

(Pacific med. journ. 1899. Juli.)

G. hat als Chefarzt einiger Truppenlager im amerikanisch-spanischen Kriege über die Lagerhygiene Erfahrungen gesammelt, deren Besprechung nicht hierher gehört. Aber G. hat auch Gelegenheit zur Thätigkeit im Gefechte selbst gefunden und seine kriegschirurgischen Erfahrungen, die er in dem, Ref. nicht zugänglichen, Columbus med. journ. vom 23. Juni 1899 niedergelegt hat, hier kurz wiederholt. Zunächst wird die Nothwendigkeit der möglichst frühzeitigen Ruhestellung der Glieder bei Knochenbrüchen schon vor dem Transport hervorgehoben, woraus die Forderung folgt, dass Schienenmaterial vor Allem in großer Menge den Feldsanitätsanstalten zur Verfügung stehen müsse. Es folgt ferner daraus, dass auch der Nachschub des Verbandmateriales zum Ersatz des verbrauchten vollkommen gesichert sein muss. Unter diesen Voraussetzungen wird die Mehrzahl aller Knochenbrüche Dank den kleinen Hautöffnungen mit wenigstens theilweiser Wiederherstellung der Funktion ohne beraubende Operation heilen, wenn auch nicht innerhalb der kurzen Zeit, welche die heutigen Kriege meist zu dauern pflegen. Die meisten Gelenkwunden verlaufen, falls die Asepsis gewahrt werden kann, eben so glatt bei konservativer Behandlung, so dass Resektionen aus der Kriegs-

chirurgie verschwinden werden. Durch die Einschränkung der Indikationen für verstümmelnde Operationen, welche nur in 3,22% nöthig wurden, wird Zeit zur Ausführung von Laparotomien im Feldlazarett gewonnen, deren Aussichten durch die Fortschritte der Asepsis erheblich steigen. Dies steht allerdings im Gegensatze zu den bei einer Ärzteversammlung in Washington von Lagarde u. A. kürzlich ausgesprochenen Ansichten, da diese Feldärzte betonen, dass perforirende Wunden des Hirns, der Lunge und der Baucheingeweide meist ohne Eingriff heilen, falls sie nicht unmittelbar tödten. Primäre Blutungen von gefahrdrohender Bedeutung aus größeren Gefäßen waren außerordentlich selten, so dass die Nothwendigkeit, den Truppen in das Gefecht selbst Ärzte mitzugeben, nicht besteht. Selten blieben Kleiderfetzen in den Schussröhren stecken, Infektion wird vorwiegend durch Kontakt bewirkt. Wenn trotzdem die vorwiegend von den Verwundeten selbst und von ihren Kameraden mittels der mitgeführten Verbandpäckchen im Gefechte selbst angelegten kleinen Deckverbände allseitig als höchst nützlich anerkannt werden, so ist das dadurch zu erklären, dass dieselben aus antiseptischen Verbandstoffen bestanden und einer Infektion durch Finger u. dgl. nicht zugängig gewesen zu sein scheinen. Dass die starke Zertrümmerung der Knochen, wie sie nach den experimentellen Erfahrungen wenigstens bei Nahschüssen erwartet werden mussten, so gut wie gar nicht zur Beobachtung gelangten, sucht Verf. — nach des Ref. Ansicht mit vollem Rechte, aber im Widerspruche mit Lagarde — dadurch zu erklären, dass Nahschüsse eben so gut wie gar nicht vorgekommen sind, indem meistens die Entfernungen zwischen den Schützen und Verwundeten über 1000 Yards — etwa 700 m — betragen hätten. Da die Spanier in unzweckmäßig angelegten Schützengräben die Angreifer erwartet hätten, seien die Geschosse jener über die Köpfe der näher heranrückenden Amerikaner hinweggegangen, ohne sie zu treffen; höchstens hätten wieder entfernt Stehende getroffen werden können. Derselbe Grund dürfte auch die weitere auffallende Thatsache erklären können, dass die Geschosse in unerwartet großer Zahl in dem Körper stecken blieben, nämlich im Gefechte von Las Guasimas 18,1% gegen 4% bei den deutschen Experimentatoren. Über die Art der Wunden bei den sofort Gefallenen konnte nichts erfahren werden, da den Ärzten zur Untersuchung die Zeit fehlte; G. meint, dass bei diesen die explosive Wirkung der Geschosse im Nahkampfe sich geltend gemacht haben möchte. Der Verwundungschok durch das Kleinkalibergeschoss ist stets nur gering. Auffallend ist die geringe Zahl der durch Artilleriegeschosse Verwundeten gewesen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) **R. Barącz. Ein Fall von chronischem Rotz beim Menschen.**
(Gaz. lekarska 1899. No. 23—25.)

Ein 57jähriger Ökonom hat vor 15 Jahren unmittelbar nach einer Zahnextraktion durch einen Schuster eine Anschwellung des Gesichtes und einen eitrigen Ausfluss aus Nase und Ohr mit heftigem Fieber erworben. Nach einigen Tagen schwanden die Symptome, Pat. hat aber von da an von Zeit zu Zeit an verschiedenen Körperstellen Abscesse bekommen, welche nach Incision ev. Ausschabung langsam heilten. Eine Verstopfung der Nasengänge hat er erst 4 Jahre nach jener Operation zu verspüren begonnen. Die mit der Zeit in der Nase wahrnehmbaren Vegetationen wurden ebenfalls wiederholt mittels scharfen Löffels beseitigt. Der 15 Jahre nach der muthmaßlichen Infektion aufgenommene Befund lautete wie folgt: Die Nase im Ganzen geschwollen, am linken Nasenflügel eine bohnengroße oberflächliche Exulceration. Ein etwas kleineres Geschwür etwas unterhalb an der Oberlippe. Die von zahlreichen Narben durchsetzte Haut in der Umgebung der Geschwüre livid verfärbt. Die Schleimhaut der Nase war mit zahlreichen, aus weichem Granulationsgewebe bestehenden Knötchen besäet, und die Nasengänge hierdurch gänzlich verstopft. Im Gewebe der Unterlippe und des Gesichtes mehrere fluktuirende Knoten, die Haut der Unterlippe an einer Stelle exulcerirt, einige Lymphdrüsen in der oberen Halsgegend geschwellt. Geschwüre von ähnlichem Aussehen wie auf der Nase wurden auch oberhalb des Schlüsselbeines und über

dem Brustbeine konstatirt. Der nunmehr auftauchende Verdacht auf chronischen Rotz wurde durch bakteriologische Untersuchung des Eiters, und zwar durch Züchtung des Bacillus aus dem Eiter auf Kartoffeln, so wie durch Versuche an Meerschweinchen sichergestellt. Auch der weitere Verlauf des Leidens sprach für die Diagnose, da Pat. nach $1/2$ Jahre unter den typischen Erscheinungen des chronischen Rotzes verschied.

Erwähnt möge noch werden, dass Pat. stets behauptete, nie mit rotzverdächtigen Pferden in Kontakt gerathen zu sein.

An den Fall schließt Verf. eine von genauem Verständnisse des Gegenstandes zeugende Epikrise. **Trzebicky** (Krakau).

17) **R. H. Steen.** Osteoma of dura mater.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 13.)

Bei einer 74jährigen Frau, die wegen seniler Demenz, Herzklappenfehler und Lungenemphysem in Hospitalbehandlung kam, wurde bei der Sektion ein walnussgroßes Osteom der Dura mater vorgefunden, das auf dem Tentorium cerebelli ruhte und durch dieses auf der oberen Fläche des Kleinhirns einen Eindruck verursacht hatte. Auch die Unterfläche des rechten Hinterhauptlappens zeigte an der Stelle, wo er auf dem Osteom auflag, eine deutliche Höhlung. Die eiförmige Geschwulst wog 28 g und bestand auf dem Schnitt aus kompaktem Knochen. Irgend welche klinische Erscheinungen während des Lebens hat die Geschwulst nicht verursacht. **F. Krumm** (Karlsruhe).

18) **L. Weiss** (Heidelberg). Exstirpation eines großen retrobulbären Tumors nach der Krönlein'schen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft und mit guter Stellung und guter Beweglichkeit des Auges.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 39.)

Der Fall betraf einen 32jährigen Mann mit einer nach einem Trauma entwickelten retrobulbären Geschwulst, die den Augapfel nach vorn drängte, in allen seinen Bewegungen etwas behinderte, in sagittaler Richtung abplattete und Stauungsneuritis bedingte; die Sehschärfe war normal. Bei der Operation, bei welcher die äußere Orbitalwand temporär resecirt und dadurch ein guter Einblick in die Augenhöhle bis zum Foramen opticum erzielt wurde, ergab sich, dass die Geschwulst — ein kavernöses Angiom — mit dem Sehnerven nicht zusammenhing; ihre Entfernung gelang ohne nennenswerthe Blutung vollständig, unter Schonung des Augapfels, der Augennerven und Augenmuskeln. Glatte Heilung mit dem im Titel angegebenen Erfolge. — Ref. hat vor 3 Jahren nach der nämlichen Methode bei einem 2jährigen Kinde ein Rundzellensarkom, welches, retrobulbär gelegen, mit dem Sehnerven nicht in Zusammenhang stand, exstirpirt. Recidiv nach $1/2$ Jahre. — In der Litteratur sind noch ca. 20 Fälle der Operation mitgetheilt.

Kramer (Glogau).

19) **M. Molteni.** Sonda-tampone per rinorragie.

(Clinica chirurgica 1898. No. 10.)

M. beschreibt einen Träger für einen aufzublasenden Gummiballon zum Zwecke der Blutstillung bei Nasenbluten. Es ist eine Metallröhre von 9 cm Länge und 4 mm Durchmesser, welche am vorderen (pharyngealen) Ende ein männliches Schraubengewinde trägt. Dieses passt in die Schraubenmutter des 2mal rechtwinklig gebogenen Choanenstückes ein, dessen Dimensionen 18 : 18 cm sind, und dessen freies Ende kolbig anschwillt, um den feinen Gummiballon befestigen zu können. Am Nasenende ist ein Pavillon zur Orientirung, so wie ev. noch ein Ansatzstück mit automatischem Ventile zur Beibehaltung des Füllungszustandes. Das Instrument wird leer in die gesunde Nasenhälfte eingeführt, im Rachen gedreht und zurückgezogen, so dass mit dem nun erfolgenden Aufblasen des Ballons (oder Füllen mit Wasser) die blutende Nasenhälfte tamponirt ist.

J. Sternberg (Wien).

20) **A. Frech.** Über einen Fall von »centraler, epithelialer, solider« Oberkiefergeschwulst.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 608.)

F. hat im pathologischen Institute von Straßburg eine durch Operation von einem 36jährigen Pat. gewonnene Oberkiefergeschwulst histologisch untersucht. Dieselbe, einigermaßen carcinomähnlich gebaut, bestand aus einem bindegewebigen Stroma, in welches verschiedengestaltige Epithelanhäufungen eingelagert waren. Der Epithelialbestandtheil der Geschwulst ist auf die zuerst von Malassez nachgewiesenen Reste paradentären Epithelialgewebes zurückzuführen. Derartige Geschwülste sind, zumal im Oberkiefer, selten. Einen ähnlichen Fall beschrieb Benneke (cf. dieses Blatt 1896 p. 492), der seinem eigenen Falle nur 3 analoge aus der Litteratur hinzufügen konnte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **D. Biondi** (Cagliari). Sei casi di chirurgia della glandola parotide.

(Clinica chirurgica 1899. No. 1.)

In 6 Fällen von Geschwülsten der Parotis handelte es sich 1mal um ein enormes, 960 g schweres Fibrochondromyxosarkom, 2mal um Chondrosarkom, eine war eine »Pseudotuberkulose« (mit Staphylococcus pyogenes albus und einem kurzen Bacillus, der näher beschrieben ist), die beiden anderen waren Carcinome der Umgebung mit Übergreifen auf die Parotis. Die Heilung der Chondrosarkome ist als definitive anzusehen, nachdem seit 17 bezw. 5 Jahren keine Recidive eingetreten sind. (Ref. kennt aus dem Krankenmateriale des Rudolfinerhauses in Wien eine Frau von 64 Jahren, bei welcher sich 17 Jahre nach der Entfernung einer — dem histologischen Charakter nach unbekannten — Geschwulst aus der linken Parotis durch Billroth ein Osteosarkom dieser Drüse in einem ziemlich isolirten Lappen hinter dem Ohre entwickelte.) Der Fall von Pseudotuberkulose ist seit 9 Jahren gesund, die Frau mit der Mischgeschwulst seit $1^1/_2$ Jahren.

B. legt wenig Gewicht auf die Beweglichkeit als differentialdiagnostisches Symptom der Parotisgeschwülste gegenüber solchen der aufliegenden Lymphdrüse. Der Sitz in den einzelnen Lappen genügt, um bedeutende Verschiedenheiten in dieser Beziehung zu rechtfertigen. Eben so bedeuten ihm wenig intakte Funktion der vom betreffenden Facialis versorgten Muskeln, ferner Fehlen einer Trigeminusaffektion im 2. Aste. Dagegen sind Variationen im Pulse der Art. temporalis von entscheidendem Gewichte. Die Funktion der Drüse kann auch durch eine auflagernde und komprimirende Geschwulst gestört werden. Dagegen sind Bewegungsstörungen des Unterkiefers und Veränderungen im äußeren Gehörgange nur auf Geschwülste der Parotis zu beziehen. **J. Sternberg** (Wien).

22) **M. Zotedziowski.** Beitrag zur Kasuistik der Verletzungen der Wirbelsäule.

(Gaz. lekarska 1899. No. 29.)

Ein Grubenarbeiter wurde von einem herabstürzenden Stück Kohle am Rücken gestreift und acquirirte einen Bruch des Bogens des 1. Lendenwirbels mit Dislokation des Bruchstückes gegen das Rückenmark. Vollständige Paraplegie und fast vollständige Anästhesie der unteren Extremitäten, mit Aufhebung der Reflexerregbarkeit. Harn- und Stuhlverhaltung. 12 Tage nach der Verletzung wurde das Bruchstück operativ entfernt, worauf alle Krankheitssymptome — wenn auch in verschiedenem, jedenfalls aber sehr langsamem Tempo — schwanden.

Trzebicky (Krakau).

Berichtigung. 1899 p. 1319 d. Bl. Z. 19 v. u. lies »Principienreinheit« statt »Principieneinheit«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 20. Januar.** **1900.**

Zur Kontrolle von Dampfsterilisirapparaten.

Von

Prof. Dr. **Max Schüller** in Berlin.

Die Mittheilung Dr. Sticher's (aus der Universitätsfrauenklinik in Breslau) in No. 49 d. Centralblattes 1899 »ein einfacher Kontrollapparat für Dampfsterilisiröfen«, veranlasst mich, darauf hinzuweisen, dass ich seit einer Reihe von Jahren zum angegebenen Zwecke mich kleiner Maximalthermometer bediene. Ich habe mir dieselben nach meinen Angaben von 2 verschiedenen bekannten hiesigen Firmen[1] konstruiren lassen. Sie sind etwa 10 cm lang, aus starkem

[1] Dr. Rob. Muencke, Berlin NW., Louisenstraße 58 und E. G. Greiner, Berlin früher SW., Friedrichstr. 48.



Glas, das eine mit einer Skala von 70—110° C., das andere mit einer solchen von 75—130° C. Beide sind genau geprüft und sind von mir meist gleichzeitig angewendet worden. Ich hatte sie absichtlich von 2 verschiedenen Firmen herstellen lassen, um bei der gleichzeitigen Verwendung beider zunächst das eine Thermometer durch das andere zu kontrolliren. Sie stellten sich als durchaus gleichwerthig heraus und zeigten die Temperaturen im Innern der Apparate ganz exakt an. Ich habe sie sowohl bei meinem kleinen und großen Dampfsterilisator[2] (für strömenden Wasserdampf), wie bei einigen anderen größeren verwendet. Ich habe sie besonders bei zahlreichen Versuchen über die Zeitdauer bis zur Erreichung bestimmter Temperaturen innerhalb der verschiedenen Verbandstoffe und über die Höhe der überhaupt in meinen und anderen Apparaten erreichbaren Temperaturen benutzt, dann aber auch bei Versuchen über die Sterilisirung von Blechkasten mit Stichkanülen zur Gelenkinjektion, über die Sterilisirung von verschiedenen Flüssigkeiten (besonders Ölen und Jodoformglycerin) in geschlossenen Gläsern, bei meinen Versuchen über Hitzesterilisation des Katguts und bei verschiedenen bakteriologischen Arbeiten, bei welchen es genauer Sterilisirung bedurfte. Für alle diese Versuche verwendete ich und verwende noch regelmäßig meinen Dampfsterilisator, in welchem je nach der Belastung des Ventiles Temperaturen bis 110° C. (und darüber) erzielt werden können. Einiges über die Kontrollversuche mit meinen kleinen Maximalthermometern ist von mir gelegentlich früherer Artikel mitgetheilt worden, so in der »Zeitschrift für ärztliche Landpraxis« 1894 No. 9 (Joh. Alt in Frankfurt) »Zur praktischen Verwendung der Dampfsterilisirung für den Landarzt«, dann in meinem Artikel »Über Hitzesterilisation des Katguts« No. 30 des »Ärztlichen Praktikers« 1894. — Diese Maximalthermometer empfehlen sich durch die Einfachheit ihrer Anwendung bei vollkommener Exaktheit.

---

1) **V. Czerny.** Warum dürfen wir die parasitäre Theorie für die bösartigen Geschwülste nicht aufgeben.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

C. fasst auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen vom klinischen Standpunkte aus diejenigen Momente zusammen, welche zu Gunsten einer parasitären Theorie der bösartigen Geschwülste sprechen. Zunächst wird hervorgehoben, dass gewisse Regeln in der Lokalisation der Carcinome durch keine der histogenetischen Theorien, eher dagegen bei Annahme belebter Geschwulsterreger eine befriedigende Erklärung finden: Krebse nehmen ihren Ursprung an der Oberfläche der Haut oder Schleimhaut, an Stellen, welche durch chronische Entzündung oder Narben lokal disponirt sind, an welchen leicht

[2] Angefertigt von der Firma E. A. Lentz, Berlin C., Spandauer Str. 36/37.



Schmutz oder Darminhalt für längere Zeit haftet. In diesem Schmutze vegetiren vielleicht die Krebserreger, die nach längerer Inkubationszeit erst die zerstörenden Wirkungen im Epithel hervorrufen. Bei den Sarkomen fällt zu Gunsten der parasitären Theorie ins Gewicht, dass eine ganze Reihe sicher infektiöser Entzündungen (Lues, Aktinomykose, maligne Lymphome etc.) ganz analoge Geschwülste zu erzeugen im Stande sind, dass wir ferner Neubildungen kennen (Sarkosis cutis, Lymphodermie), die wegen ihrer spontanen Rückbildungsfähigkeit und ihres eigenthümlichen Verlaufes durchaus auf der Grenze zwischen sarkomatöser Geschwulstbildung und entzündlichem Neoplasma stehen. Macht auch das klinische Bild der bösartigen Geschwülste durchaus den Eindruck einer infektiösen Erkrankung, so muss allerdings eingestanden werden, dass der positive Nachweis einer solchen Infektion noch auf schwachen Füßen steht. Immerhin sind die spärlichen Fälle von Übertragung des Krebses von einer Person auf eine andere durchaus beachtenswerth, zweifellos kommen ferner Implantationsmetastasen theils spontan, theils im Gefolge operativer Eingriffe vor. Von den präsumirten Parasiten (Coccidien, Psorospermien etc.) wissen wir allerdings noch sehr wenig, doch sollte die Forschung, wie Verf. ausdrücklich betont, auf diesem jungen Gebiete nicht durch absprechende vorzeitige Urtheile unterdrückt werden.

C. hält es für wohl möglich, dass die betr. Organismen Enzyme produciren, welche Degeneration und Proliferation der Zellen in specifischer Weise anzuregen vermögen, ähnlich wie der ausgepresste Saft der Gallwespenlarven Wucherungen in den Parenchymzellen der Pflanzen hervorrufen kann. Wenn die Implantationsversuche größtentheils negativ ausgefallen sind, so liegt das wohl daran, dass mit den Zellen noch ein Ferment übertragen werden muss, das für seine Entwicklung günstige Lebensbedingungen verlangt. In der That ist es einzelnen Forschern gelungen, durch Impfung von Krebssaft resp. durch Infektion mit gewissen Mikroorganismen bei Thieren experimentelle Neubildungen zu erzeugen.

Auch rücksichtlich der Therapie weist Verf. auf Analoga zwischen Geschwülsten und sicheren Infektionskrankheiten hin. Wie es manchmal gelingt, durch frühzeitige Entfernung eines harten Schankers die Entwickelung der allgemeinen Syphilis zu verhindern, während wir in anderen Fällen zu spät kommen, so verhält es sich auch bei der Operation des Krebses. Während wir aber präcis wirkende Mittel besitzen, die Syphilis auch nach erfolgter Allgemeinausbreitung zu bekämpfen, ist die innere Medikation des Krebses noch vollständig neu zu schaffen. Endlich wird vom Verf. an der Hand zahlreicher eigener und fremder Beobachtungen darauf hingewiesen, dass zweifellos krebsartige Erkrankungen manchmal einer spontanen Rückbildung fähig sind, und dass selbst ganz verzweifelte inoperable Fälle von bösartigen Neubildungen durch eine kombinirte zielbewusste Behandlung einer Heilung zugänglich sind. Nach alle-

3*

dem vertritt Verf. den Standpunkt, dass »die Krebskrankheit nicht von innen heraus entsteht, kein Malum primae formationis bildet, sondern durch eine äußere Schädlichkeit, welche den allgemein oder lokal disponirten menschlichen Körper trifft, bedingt wird«, dass ferner von allen Theorien die Annahme einer parasitären Entstehung uns noch am meisten Hoffnung lässt, in prophylaktischer und therapeutischer Beziehung den Krebsen beizukommen.

Honsell (Tübingen).

---

2) **Gottstein** und **Blumberg**. In wie weit können wir unsere Hände sterilisiren?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. p. 737.)

Die Verff. berichten über die in der Breslauer chirurgischen Klinik seit 3 Jahren angestellten diesbezüglichen Versuche und kommen zu dem Schlusse, »dass es uns nicht mit Sicherheit gelingt, die Hände keimfrei zu machen, dass aber durch eine verbesserte Desinfektionstechnik die Zahl der sich an unseren Fingern nach vollendeter Desinfektion noch vorfindenden Keime bedeutend reducirt werden kann«, zumal wenn noch andere korrigirende Mittel, wie die in der Breslauer Klinik mit bestem Erfolge verwendeten Trikothandschuhe zu Hilfe genommen werden. Die Autoren sehen den Trikothandschuh als ein Filter an, das sowohl die von innen als auch zum Theil von außen in den Handschuh gekommenen Bakterien von dem Operationsterrain zum großen Theile abhält. Werden die Handschuhe häufig gewechselt, so werden damit die in ihnen aufgefangenen Bakterien eliminirt, die sonst in der Wunde selbst abgelagert würden.

Gold (Bielitz).

---

3) **E. Boeckmann** (St. Paul, Minn.). Katgut.

(St. Paul med. journ. 1899. No. 7.)

In einer ausführlichen Arbeit theilt der als Forscher bekannte Autor mit, zu welchen Ergebnissen er hinsichtlich des Gebrauches von Katgut als Naht- und Unterbindungsmaterial auf Grund einer 6jährigen Erfahrung gelangt ist.

Bei seiner schon früher ausgesprochenen Ansicht, Katgut sei das ideale Material zum Nähen und Unterbinden, ist er stehen geblieben, um so mehr, als er die Überzeugung gewonnen hat, dass Misserfolge beim Gebrauche von Katgut, wie z. B. das Aufgehen von Knoten oder eine Infektion, gänzlich auszuschließen sind und ihre Ursache nicht in dem Materiale haben. Voraussetzung dabei ist allerdings, das Katgut in geeigneter Weise vorzubereiten.

Ein ideales Katgut muss verschiedene Forderungen erfüllen, sowohl hinsichtlich der Festigkeit wie der Knotungsfähigkeit; dann darf es nicht zu rasch quellen, es muss frei sein von Toxinen und Ptomainen, keine Keime enthalten und auch antiseptische Eigenschaften entwickeln.

Auf diesen letzten Punkt legt Verf. ganz besonders desshalb Werth, weil das gequollene Katgut eine todte organische Masse darstellt, die für etwa im Körper vorhandene Keime einen vorzüglichen Nährboden darstellt. Die bis jetzt vorwiegend gebrauchte Imprägnation mit Sublimat, Karbol, Jodoform, Terpentin scheint ihm aus mancherlei Gründen ungenügend, unwirksam oder reizend.

Dagegen hat er außerordentlich günstige Erfolge gesehen von der Imprägnation des Katguts mit metallischem Silber nach der von Credé angegebenen Methode. Das metallische Silber bietet ja den großen Vorzug, vollständig reizlos zu sein und im Falle einer Infektion antiseptische Eigenschaften zu entwickeln, wie jetzt durch eine Reihe Untersuchungen sicher feststeht. Auch nach seinen Versuchen und praktischen Erfahrungen ist das Silberkatgut das beste.

Vor der Verwendung wird das Katgut in folgender Weise vorbereitet: Um das Rohmaterial von Ptomainen, Toxinen, Fetten und Schmutz zu befreien, wird dasselbe in sterilem Wasser mit einer Lösung von grüner Seife 15 Minuten lang abgebürstet und hierauf mit sterilem Wasser von allem Seifenschaume befreit. Dann kommt es auf eine Woche in ein Gefäß, welches eine 1%ige Lösung von milchsaurem Silber enthält, und wird zunächst im Dunkeln gehalten. Nach dieser Zeit wird das von der Lösung durchtränkte Katgut dem Lichte ausgesetzt, wobei sich metallisches Silber in der Struktur des Fadens ausscheidet und dieser eine schwarzbraune Färbung annimmt. Ist das erreicht, so wird das Katgut mit sterilem Wasser so lange ausgewaschen, bis dieses sich nicht mehr trübt.

Je nach dem Zwecke, dem es dienen soll, wird das so vorbereitete Katgut gehärtet. Bei Härtung mit Alkohol hält es sich in den Körpergeweben eine Woche, bei Härtung mit 1%igem Formaldehyd bis 6 Wochen.

Nach der Härtung werden die Fäden getrocknet, in Paraffinpapier verpackt und etwa 3 Stunden bei 150° mittels trockener Hitze sterilisirt. Dann ist das Katgut jederzeit fertig zum Gebrauche. Zur Verminderung der Sprödigkeit ist es zweckmäßig, die Fäden vor dem Gebrauche in steriles Wasser zu legen. — Verf. glaubt auf diesem Wege ein Naht- und Unterbindungsmaterial gefunden zu haben, welches weitgehenden Ansprüchen genügt, und kann dasselbe zu weiterer Nachprüfung auf Grund seiner Erfahrungen bestens empfehlen.

Ref. glaubt, dem Verf. durchaus beistimmen zu müssen im Hinblicke auf die Ergebnisse, welche in den letzten Jahren bei Verwendung des Credé'schen Silberkatguts gewonnen worden sind. Die Darstellung desselben deckt sich im Wesentlichen mit der von B. geübten, ist aber durch Wegfall der Schlusssterilisation vereinfacht. Letzteres ist um so eher möglich, als durch das Liegen in Aktollösung eine genügende Abtödtung aller Keime und Sporen erfolgt und dann auch das Silber antiseptische Eigenschaften zu entfalten

vermag, was ja die bis jetzt vorliegenden günstigen Resultate bei Verwendung des Credé'schen Silberkatguts bestätigen.

J. L. Beyer (Dresden).

4) **R. Minervini.** Zur Katgutfrage.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 1.)

Eine eben so fleißige wie in ihren exakt gewonnenen Resultaten werthvolle Arbeit, die aus der Klinik von Genua (Prof. Morisani) hervorgegangen ist. M. theilt die verschiedenen Katgutzubereitungsmethoden in 3 Gruppen: 1) die antiseptischen Methoden mittels Benutzung chemischer Antiseptica, 2) die aseptischen Methoden, die das Material durch Hitze präpariren, 3) die gemischten, die nach einander Antiseptica und Hitze anwenden. M. hat in seinen ganz außerordentlich zahlreichen und auf das verschiedenartigste modificirten Versuchen auf alle in Frage kommenden Methoden Rücksicht genommen und ihre Einwirkungen auf das Katgut nach 3 Gesichtspunkten hin studirt 1) hinsichtlich der Widerstandskraft des Fadens, 2) hinsichtlich seiner Sterilität, 3) hinsichtlich der Resorbirbarkeit. Zur Prüfung der Widerstandskraft diente eine Gewichtsbelastung der zu untersuchenden Fäden, die jedes Mal in 5 cm langen Probestücken geprüft wurden. Bezüglich der Details, die in Tabellen mitgetheilt sind, ist auf das Original zu verweisen. M. findet danach, dass Katgut eine Trockenerhitzung bis auf 150°, höchstens 160° erträgt, höhere Grade verändern es. Wasser ist der schädlichste Feind des Katguts, da es seine Form und Kohäsion verändert. Gewisse erhärtende chemische Substanzen, wie Formalin und Chromsäure, verleihen dem Katgut eine gewisse Resistenz gegen Wasser, so dass es mit ihnen präparirt auch dem Abkochen und strömenden Dämpfen ein wenig widerstehen kann. In den differenten Flüssigkeiten, deren Siedepunkt unter 100° ist, wie Alkohol, Äther, Chloroform, konservirt sich das Katgut bei normaler Temperatur beliebig lange. Auch verändert es sich nicht beim Abkochen in denselben und in ihren Dämpfen, nicht einmal oberhalb des Siedepunktes unter Druck, vorausgesetzt, dass diese Flüssigkeiten wasserfrei sind. In den indifferenten Flüssigkeiten, deren Siedepunkt über 100° ist, wie Terpentinöl, Xylol, Glycerin, Fettstoff, Kohlehydrate, konservirt sich das Katgut bei normaler Temperatur unendlich lange, verändert sich jedoch bei erhöhter Temperatur. Die Veränderung bleibt aber aus, wenn das Katgut entwässert wurde, und die Temperatur 150—160° nicht übersteigt.

Betreffs der Sterilität wurde die baktericide Wirksamkeit der verschiedenen Zubereitungsarten auf Staphylokokken und Milzbrand geprüft. Der Befund ist, dass von zuverlässiger Wirkung hier einzig die antiseptischen Methoden sind, von welchen die Sublimat- und Wachholderöl-Zubereitung am meisten zu empfehlen ist. Die aseptische Zubereitung, falls sie bis zur Sterilisirung getrieben wird, verändert das Katgut und macht es unbrauchbar. Ein Gleiches gilt

zum Theil auch von den gemischten Methoden, deren einige auch eine zu komplicirte Technik erfordern. Zur Untersuchung hinsichtlich der Resorbirbarkeit endlich wurden 8 Hundeversuche unternommen. Die Thiere wurden laparotomirt, und in ihrer Bauchwand mit je 5 Sorten Katgut, nämlich trocken sterilisirtem, Juniperuskatgut, Sublimatkatgut, Formalinkatgut und Chromkatgut eine 4—5 Stiche lange fortlaufende Naht gemacht. Die Thiere, die sämmtlich eine gute Heilung durchmachten, wurden nach 12, 15, 30, 45, 75, 98, 103 und 125 Tagen getödtet und die vernähten Fäden nun revidirt. Es zeigte sich, dass im Allgemeinen das Katgut nicht so schnell resorbirt wird, wie Viele behaupten, und dass sein Vorhandensein, nach welch immer einer Methode es auch zubereitet sei, wenigstens beim Hunde noch nach 125 Tagen in den Geweben nachweisbar ist. Indess besteht doch ein Unterschied in der Widerstandsfähigkeit gegen die Resorption bez. die Phagocytose je nach der Zubereitungsmethode. Das mit Trockenhitze, Wachholderöl und Formalin sterilisirte Material besitzt eine aktivere chemotaktische Wirkung und wird desshalb rascher angegriffen und resorbirt, als das antiseptisch mit Sublimat und Chromsäure präparirte.

Zum Schlusse spricht sich M. in praktischer Beziehung dahin aus, dass, wenn nur ein einheitliches Nähmaterial anzuwenden gewünscht wird, allein die Seide in Frage kommen könne. Will man freie Wahl behalten, so empfiehlt sich für Nähte und Unterbindungen, die ein sehr resistentes Material erfordern, die Seide, während für viele Schleimhautnähte und auch für die Hautnaht Katgut in Anwendung kommen kann. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Denys.** Le sérum antistreptococcique, les résultats de son application sur l'homme.

(**Ann. de la soc. méd. chir. d'Anvers 1899. März.**)

Nach zahlreichen Experimenten an Thieren, die ihren Ausgang von einem einzigen Streptococcus aus einem Drüsenabscesse nahmen, sich jedoch nach und nach auf eine ganze Reihe von Streptokokken ausdehnten, brachte D. sein Sérum antistreptococcique bei Infektionen des Menschen, und zwar bei Infektionen mit Leichengift (2 Fälle), Puerperalfieber (99 meist sehr verzweifelte, fast aufgegebene Kranke), Infektionen nach chirurgischen Eingriffen (Laparotomien etc.) (19 Fälle), Phlegmonen (1 Fall), Erysipel (eine ganze Anzahl Fälle), Anginen etc. in Anwendung. Die Resultate sind ganz hervorragende. Wenn man bedenkt, dass von 99 schwersten Puerperalkranken noch zwei Drittel gerettet worden sind nach Abzug derjenigen, die erst gegen Ende des Lebens behandelt wurden; wenn man erwägt, dass schwere Infektionen mit Leichengift so zu sagen momentan koupirt wurden, so kann man nicht umhin, dem D.'schen Serum die höchste Beachtung zu schenken. Seine Anwendung ist sehr einfach. Etwa 250 bis 300 g Serum müssen, sobald der Fall anfängt bedenklich zu werden, innerhalb 24 Stunden nach und nach in das subkutane Gewebe

gebracht werden, womöglich in der Nachbarschaft des Krankheitsherdes. — Die große Schwierigkeit besteht darin, sich im gegebenen Momente das Serum schleunigst zu beschaffen. Ref. bestellte dasselbe in einem Falle von verzweifeltem progressivem Erysipel einer älteren Frau. Das Serum langte, natürlich unter Zollverschluss, Samstag gegen Abend in Straßburg an, es wurde Montags Vormittags verabfolgt, nachdem die Kranke gerade gestorben war. So lange es nicht möglich ist, das Serum, wenigstens in großen Städten, vorräthig zu halten, wird man selten in der Lage sein, seines Segens theilhaftig zu werden. Aber hier kommt wieder eine Schwierigkeit, indem das Serum nur 10—14 Tage lang seine Wirksamkeit behält.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

6) **A. Sclavo** (Siena). Die Serotherapie beim äußeren Milzbrande der Menschen.

(Rivista d'igiene e san. publ. 1898. No. 22 u. 23.)

Verf. empfiehlt, auf eigene so wie fremde Beobachtungen gestützt, sein von immunisirten Thieren gewonnenes Serum anticarbunculosum zur Behandlung der Pustula maligna. Diese Serotherapie soll den Vortheil haben, jede lokale Behandlung der Pustel überflüssig zu machen. Der Einspritzung des Serums folgt, wie Verf. auch noch durch Thierversuche bewiesen hat, häufig (aber nicht regelmäßig) eine nicht unbeträchtliche Erhöhung der Temperatur. Ferner tritt mehr oder weniger rasch eine Besserung des Allgemeinbefindens ein, und zwar schon gleichzeitig mit der Erhebung der Temperatur. Außerdem aber beschreibt Verf. eine auffallend rasche Änderung des lokalen Befundes: das begleitende Ödem ging rasch zurück, es trat nur eine ganz beschränkte und sehr oberflächliche Nekrose der Gewebe ein, die Ablösung des Schorfes begann nach wenigen Tagen, und die Heilung erfolgte mit kaum sichtbarer Narbe. Das Serum soll beim Menschen subkutan eingespritzt werden, bei größerer Menge am besten unter die Bauchhaut. Es empfiehlt sich, gleich zu Beginn eine kräftige Dosis (20—30 ccm für Erwachsene) anzuwenden, und die Injektion erforderlichen Falls nach 8—10 Stunden zu wiederholen. Verf. beobachtete keinerlei unangenehme Nebenwirkungen.

H. Bartsch (Heidelberg).

---

7) **E. Karchezy.** Die subkutane Injektion von Gelatine als Präventivmittel gegen Blutungen während der Operation.

(Przegląd lekarski 1899. No. 35. [Polnisch.])

Verf. hat nach dem Vorschlage von Lancereaux in Rydygier's Klinik in einigen Fällen vor der Operation Gelatinelösungen den Pat. injicirt. Der erzielte Erfolg war jedoch kein besonderer, da allerdings die Blutung aus den kleinen Gefäßen während der Operation gering war, dagegen nach der Operation starke Hämatome zur Regel gehörten, und in einem Falle sogar eine heftige, das Leben bedrohende Nachblutung entstand. Die Injektionen wurden eine

Stunde vor Beginn der Operation an 2 Stellen in den Oberschenkel zu je 200 ccm mit einer 2%igen Lösung gemacht. Interessant sind die Veränderungen des Harnes nach der Injektion. In dem 2 Stunden nach der Injektion mittels Katheters entnommenen Urine fanden sich außer Eiweiß reichlich mucinhaltige Substanzen, aber kein Pepton. Nach 2 Tagen war der Harn normal.

Trzebicky (Krakau).

---

8) **S. A. Barsky.** Das Methylium salicylicum und seine therapeutische Anwendung.

(Wratsch 1899. No. 39 u. 40. [Russisch.])

B. wandte reines Methylium salicylicum (von der Firma Merck) äußerlich an, 4,0—12,0, per se, mit nachfolgender hermetischer Einwicklung der bestrichenen Stelle. Der einzige Nachtheil des Mittels ist dessen penetranter Geruch. Das Methylium salicylicum wird von der unbeschädigten Haut resorbirt und im Urine als Salicylsäure ausgeschieden. Es hilft besonders schmerzstillend bei Gelenkrheumatismus (greift den Magen gar nicht an), bei Podagra, infektiösen Gelenksleiden (Gonorrhoe, Scharlach), neuralgischen, pleuritischen und tabischen Schmerzen, bei Gallensteinkoliken (wobei es gleichzeitig als Cholagogum wirkt), ferner bei Orchitis, Adenitis.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **Wilmaers.** Aldéhyde formique (CH_2O) et ses applications.

(Arch. méd. Belges 1899. März.)

Außer zur Desinfektion der Räume, Krankenzimmer, Operationssäle, Konservirung von Präparaten, Kadavern, Anwendung in der inneren Medicin, will W. das Formalin zur Sterilisirung der Instrumente, des Nähzeuges, der Katheter und Kautschukgegenstände etc. verwendet wissen; ferner bei der Wundbehandlung, Herpes tonsurans, Krankheiten der Harn- und Geschlechtswege, der Nase, des Rachens, der Ohren und Augen, endlich bei stinkendem Fußschweiße etc. Das Genauere siehe im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

10) **L. Szuman.** Nirvanin als lokales Anästheticum, so wie einige Bemerkungen über Schleich'sche Anästhesie.

(Nowiny lekarskie 1899. No. 10 u. 11.)

Verf. hat das Nirvanin in den verschiedensten Formen der lokalen Anästhesie durch Injektion statt des Cocains versucht, und stets mit sehr gutem Erfolge. Vor dem Cocain hat es den Vorzug, dass seine Lösungen wiederholt (bis 3mal) durch Kochen sterilisirt werden können und nicht giftig wirken. Mit der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie hat Verf. wiederholt Misserfolge erlebt (dem Ref. unerklärlich, da diese Art von Anästhesie richtig applicirt fast nie zu versagen pflegt).

Trzebicky (Krakau).

---

11) J. Neumann. Syphilis.

(Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie Bd. XXIII. 2. Aufl.)
Wien, 1899.

Die Bedeutung des N.'schen Lehrbuches, das nach weniger als 3 Jahren in 2. Auflage erschien, wurde bereits nach seinem ersten Erscheinen allgemein anerkannt. Wir erkennen überall bei der klinischen Darstellung der Krankheitsbilder den über eine außerordentlich reiche Erfahrung verfügenden Verf. und finden zahlreiche Hinweise auf das eigene Krankenmaterial, wodurch die Schilderung an Lebhaftigkeit gewinnt. Die Diagnose wird aufs eingehendste erörtert bei solchen Affektionen, die erfahrungsgemäß dem Praktiker bei der Unterscheidung von syphilisähnlichen Erkrankungen Schwierigkeiten bereiten. Wenn auch der Schwerpunkt auf den klinischen Theil gelegt wird, so wird doch stets auch der pathologisch-anatomische Befund geschildert, so weit er für die richtige Auffassung der Krankheitserscheinungen nothwendig ist; die histologischen Beschreibungen werden durch sehr zahlreiche und leicht verständliche, zuweilen allerdings etwas schematisch gehaltene Abbildungen illustrirt. Die Litteratur ist bis in die jüngste Zeit berücksichtigt, insbesondere sind auch die neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der Bakteriologie für die Darstellung der Syphilis als Infektionskrankheit verwerthet.

In der Einleitung giebt N. eine sehr anregend geschriebene Schilderung der geschichtlichen Entwicklung der Syphilislehre, so wie einige Mittheilungen über die territoriale Verbreitung und Frequenz der venerischen Krankheiten.

Ausführlich wird auch das Ulcus molle mit der Drüsenkomplikation behandelt, wobei der Verf., auf dem Boden der Dualitätslehre stehend, scharf die Unterschiede gegenüber dem Primäraffekt und der Polyskleradenitis hervorhebt. Im Abschnitte über die sekundäre Syphilis wird auf die Bedeutung der nach specifischen Eruptionen zurückbleibenden Zellreste hingewiesen, die eine dauernde Lokalisation des Virus darstellen und später zu Recidiven (z. B. provocirt durch ein Trauma) Veranlassung geben können. Besonders gründlich behandelt sind die Erkrankungen der inneren Organe, der Gelenke, Muskeln, Sehnenscheiden und Knochen in der Früh- und Spätperiode der Lues (Abbildungen pathologisch-anatomischer Präparate und mikroskopischer Schnitte). Auch hier berichtet N. über zahlreiche Beispiele aus seiner eigenen Praxis, so über einen sehr seltenen Fall von Spontanfraktur des Oberarmes nach einer diffusen Osteoperiostitis gummosa.

Verhältnismäßig kurz ist die Therapie der Lues weggekommen. Verf. legt mit Recht einen sehr großen Werth auf eine möglichst energische Behandlung der ersten Manifestationen. Dagegen hält er später nur beim Auftreten neuer Symptome eine Hg-Darreichung für nothwendig, wobei er unserer Ansicht nach den Werth der für

die chronisch intermittirende Behandlung sprechenden Statistiken unterschätzt.

Wir können das N.'sche Buch auf das wärmste empfehlen. Es wird nicht allein dem Dermatologen, sondern besonders auch den Vertretern der übrigen Specialfächer von großem Werthe sein, da auch die in die Grenzgebiete der Dermatologie gehörigen syphilitischen Erkrankungen (namentlich auch die chirurgischen) eine sehr eingehende und ausführliche Darstellung finden.

J. Schäffer (Breslau).

---

12) **V. Bandler.** Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äußeren Genitales und Rectums bei Prostituirten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 3.)

Verf. giebt auf Grund seiner Beobachtungen, von denen er einige detaillirt schildert, einen kurzen Überblick über die in der Überschrift genannten Affektionen; er schildert die Schwellung, Proliferation und Ulceration der Urethra, die chronischen Geschwüre mit callösen Rändern an der hinteren Kommissur, die livide Verdickung, die Rhagaden, die polypösen Bildungen an den Analfalten, an die sich Fisteln nach außen und nach der Vagina zu anschließen, und bei denen man häufig eine typische trichterförmige Rectalstriktur findet, und endlich die elephantiastischen, papillomatösen, stenosirenden Veränderungen an den äußeren Genitalien. Durch die fistulösen Processe und durch die Rectalstrikturen kann es im Laufe der Jahre zu Kachexie, zu amyloider Degeneration und zum Tode kommen. Der Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei sorgfältiger Untersuchung beginnende Rectumstrikturen bei Prostituirten häufiger zu finden sind, als man meist annimmt, und er glaubt, dass die Schwellung der Analfalten, die Fissuren am Anus, aber auch die elephantiastischen Veränderungen an den äußeren Genitalien »sogar als pathognomonische Zeichen für eine beginnende Rectalstriktur« anzusehen sind. (Dass Rectalstrikturen bei solchen Veränderungen häufig vorhanden sind, hat auch der Ref. betont — immer aber sind sie nach meiner Erfahrung nicht zu konstatiren.)

Bezüglich der Ätiologie dieser Processe glaubt B. für ihre syphilitische Natur eintreten zu müssen und er führt für diese Anschauung folgende Momente an (zu denen ich gleich einige kritische Erwägungen hinzufüge): 1) Es finden sich neben den elephantiastisch-ulcerösen Veränderungen »fast stets floride oder abgelaufene syphilitische Processe, zu deren Folgen wir auch die Rectalstrikturen rechnen«. (Die Rectalstrikturen sind selbst in ihrer Ätiologie noch strittig, können also nicht als Beweismittel benutzt werden; sie sind doch wohl auch nach B. nur ein Koeffekt derselben Ursache, welche die chronischen Processe an den Genitalien bedingt. Floride Erscheinungen von Syphilis sind nach den Krankengeschichten B.'s in den berichteten Fällen zur Zeit der Beobachtung der hier besprochenen

Affektion nicht vorhanden gewesen. Dass B. dieses Leiden nur bei syphilitischen Personen gesehen hat, kann ihm nicht auffallen, da er es ja nur bei Prostituirten gefunden hat und selbst sagt, dass jede Prostituirte innerhalb der ersten zwei Jahre ihres Gewerbes sicher mit Lues inficirt wird — was übrigens etwas zu apodiktisch gesprochen ist. Ich selbst habe dieselbe Erkankung bei einer größeren Anzahl von Prostituirten, aber nur einmal bei einer nicht Prostituirten beobachtet.) 2) »Können wir vielfach die Erkrankung vom Primäraffekte bis zur Entstehung der Affektion beobachten« — (d. h. wir sehen den Primäraffekt einer Prostituirten, dann einige sekundäre Recidive und schließlich entsteht diese Erkrankung — das beweist doch nicht den kausalen Zusammenhang). 3) »Finden sich Fälle, bei denen wir keine Mitbetheiligung der Lymphdrüsen antreffen«; — dass es Fälle giebt, in denen Bubonen nicht operirt worden sind, habe auch ich gesehen und publiciren lassen; aber einmal kann man dann doch nicht behaupten, dass die Lymphdrüsen wirklich gesund sind, und dann haben auch wir nie die Lymphdrüsenzerstörung als die Conditio sine qua non dieser Affektion angesehen. 4) »Hat die antiluetische Behandlung einen entschieden günstigen Einfluss auf den Process« — das habe ich nie gesehen und auch in den von B. berichteten Fällen scheint dieser Einfluss kein sehr eklatanter gewesen zu sein, da nirgends von wirklicher Heilung berichtet wird — Ruhe, Reinlichkeit, lokale Behandlung führt zum Schlusse der Ulcerationen auch ohne specifische Therapie — ich selbst habe auch in beginnenden Fällen eine wirkliche Heilung durch Hg und JK nicht konstatiren können.

(Ich habe die Argumentation B.'s etwas eingehender besprechen zu müssen geglaubt, weil sie gegen eine unter meiner Leitung in Breslau angefertigte Arbeit von Koch gerichtet ist, in welcher diese Affektion als »Ulcus simplex vulvae« beschrieben ist, und in welcher der Lues nur eine sekundäre Bedeutung bei dem Zustandekommen der Erkrankung zugewiesen wird. Natürlich kann auch eine tertiäre Lues der Genitalorgane ähnliche Bilder bedingen — aber wenn die Krankheit wirklich luetischer Natur wäre, so könnte man nicht verstehen, warum sie bei syphilitischen nichtprostituirten Frauen und bei Männern so außerordentlich selten vorkommt, dass B. sich auf Rille beziehen muss, da er (und also wohl auch Pick?) sie nur bei Prostituirten gesehen hat. Daher kann die Lues zur Erklärung meines Erachtens nicht genügen; — die Häufigkeit der Bubonen bei Prostituirten und die Schädlichkeiten ihres Gewerbes halte ich — auch nach B.'s Publikation — noch für die wesentliche Ätiologie dieser interessanten Krankheit. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

13) N. T. Winogradow. Über pathologisch-anatomische Veränderungen in den automatischen Herzganglien bei kongenitaler Syphilis der Säuglinge.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. September.)

W. untersuchte 22 Fälle und kommt zu folgenden Schlüssen Die Veränderungen betreffen in den Herzganglien am häufigsten das interstitielle Stroma und bestehen in kleinzelliger Infiltration und Bindegewebswucherung. Die Veränderungen gehen Hand in Hand mit den Veränderungen der Blutgefäße und des die Ganglien umgebenden Zellgewebes. In den Zellkapseln proliferirt und degenerirt das Epithel. Die Ganglienzellen degeneriren sekundär (Atrophie, Vakuolisation, Nekrose). Die Nissl'sche und Lenhossek'sche Färbung zeigen centrale, perinucleäre Chromatolyse, Kernveränderung und -Verschiebung zur Peripherie der Zellen. — Die syphilitischen Veränderungen der Gefäße in den Ganglien und deren Umgebung können in seltenen Fällen zu Ruptur und Blutung führen und so den Tod ohne andere Ursachen hervorrufen. — Die angeborene Syphilis kann auch interstitielle Myokarditis hervorrufen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

14) O. Werler. Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel.

(Sonderabdruck aus der Dermatologischen Zeitschrift Bd. VI.) Berlin, S. Karger, 1899.

W. setzt seine Bemühungen, den kolloidalen Metallen einen Platz in der Therapie zu verschaffen, in der vorliegenden Arbeit fort. Er benutzte in erster Linie eine Merkurkolloidsalbe, die schwer zu bereiten war und 10% Hydrargyrum colloidale enthält (Hydr. colloid. 10,0; Aq. dest. 10,0 [Adip. suill. 80,0, Cerae alb. 20,0] 75,0; Aether. sulf. 1,5; Aetheris benzoati 3,5. Kühl und dunkel aufzubewahren). Die Salbe wird zur lokalen Behandlung bei Bubonen, Epididymitis etc., vor Allem aber zur Inunktionskur bei Syphilis benutzt; sie braucht im Durchschnitte nur $8^1/_2$ Minuten eingerieben zu werden; W. glaubt, dass das Hg dabei wesentlich durch die Haut aufgenommen wird. Es werden 1—4 g Salbe pro die benutzt. Leichte Gingivitis und leichtes Merkurialekzem trat nur je 2mal auf; schwerere Intoxikationserscheinungen blieben aus. In wesentlich geringerem Umfange hat der Verf. Pflaster, Pillen, Lösung und Pulver aus Hydrargyrum colloidale benutzt. Endlich glaubt er auch an eine »entschiedene Nachhaltigkeit« der Inunktionskuren mit Hydrargyrum colloidale. Eine Anzahl von Krankengeschichten und von litterarischen Notizen vervollständigt die Arbeit. — Es wäre wirklich erfreulich, wenn die frohen Hoffnungen, mit denen der Verf. seine Mittheilung schließt, in Erfüllung gingen; sie zu theilen wagen wir vorläufig nicht.

Jadassohn (Bern).

---

15) E. Welander. Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Heft 1.)

W. hat bekanntlich die Inhalationsbehandlung mit Quecksilber mit einem mit Salbe bestrichenen Säckchen, das auf der Brust getragen wurde, eingeführt. Schuster hatte bei einigen wenigen Versuchen mit dieser Methode keine Resorption oder eine sehr geringe Remanenz des Hg gefunden. Desswegen berichtet W. über neue Versuche, aus denen er auf eine kräftige Resorption und auf eine langdauernde Remanenz schließt. Gegenüber Stern, welcher betont hat, dass die Quecksilberaufnahme erst dann genügend werde, wenn die Pat. selbst die Salbe ausstreichen, hebt W. hervor, dass das in seinem Krankenhause nicht geschähe, und trotzdem die Säckchenbehandlung gute Erfolge gäbe, und dass die Wärterinnen, welche die Salbensäckchen bereiten, zwar Hg resorbiren, aber nicht in so großer Menge, wie die Pat., welche die Säckchen tragen. Die Behandlung mit Merkuriol (cf. Ref. dieses Centralblatt) hat W. dieselben Resultate gegeben, wie die mit den Salbensäckchen.

Jadassohn (Bern).

---

16) Kunkel und **Fessel.** Über Nachweis und Bestimmung des Quecksilberdampfes in der Luft.

(Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1899. N. F. Bd. XXXVIII. No. 1.)

Der Nachweis des Quecksilberdampfes in der Luft ist speciell für die Fabrikhygiene von praktischer Bedeutung; aber auch die Untersuchung der Luft unserer Krankenzimmer, in denen Hg-Kuren gemacht werden, wäre von großem Interesse. Die bisher benutzten Methoden leiden an großen Übelständen. Die Verff. haben sich daher bemüht, sie zu prüfen und zu verbessern und geben in den vorliegenden Mittheilungen die Resultate ihrer Bemühungen. Sie haben speciell mit Jod die Hg-Dämpfe zu Quecksilberjodid umgewandelt und dieses kolorimetrisch bestimmt; sie haben mit dieser Methode die Goldblattmethode kontrollirt und konstatirt, dass Goldblatt in der That bei richtiger Anwendung den Quecksilberdampf quantitativ aus der Luft abscheiden kann. Sie haben auch den Sättigungsgrad der Luft mit Hg bei verschiedenen Temperaturen festgestellt. Die Einzelheiten der Methode und der Ergebnisse müssen im Originale nachgelesen werden. **Jadassohn** (Bern).

---

17) H. J. Stiles. On the dissemination of cancer of the breast and the necessity for its treatment by extensive operation.

(Brit. med. journ. 1899. Juni 17.)

S. bespricht zunächst den Unterschied einer »vollständigen« und einer »unvollständigen« Operation des Brustdrüsencarcinoms vom

klinischen Gesichtspunkte aus. Unter vollständiger Operation versteht er eine solche, welche einem lokalen äußeren Recidive dadurch vorbeugt, dass sie eben alle jene Gewebe, in denen gewöhnlich das Recidiv auftritt, mit fortnimmt. Eine »vollständige« Operation im Sinne einer Verhinderung der inneren Metastasen giebt es nicht. Die Vortheile der neuen gegenüber der alten Operationsmethode gehen deutlich hervor aus den Resultaten Cheyne's, der unter seinen seit 1890 operirten Fällen 51% »Erfolge« aufzuweisen hat, d. h. 51% seiner Pat. sind 3 Jahre und länger gesund und recidivfrei. Aus den Resultaten Cheyne's geht weiter hervor, dass nach voraufgegangener radikaler Operation nach dem ersten recidivfreien Jahre schon die Prognose mit größerer Bestimmtheit wie bisher günstig gestellt werden kann. S.'s pathologisch-anatomische Betrachtungen basiren auf der Untersuchung von über 100 durch die Operation gewonnenen carcinomatösen Brüsten. Zum Studium der anatomischen Vertheilung der Brustdrüse und der Erkrankungsherde mit bloßem Auge hat er sich mit Vortheil der schon früher beschriebenen Salzsäuremethode (5%ige Lösung) bedient. Durch ihre Anwendung werden nicht nur die Grenzen der carcinomatösen Geschwulst deutlich, sondern auch versprengte Herde in der Drüse und den umliegenden Geweben, so wie in den Lymphdrüsen aufgedeckt. In zweifelhaften Fällen musste die mikroskopische Untersuchung den weiteren Aufschluss geben.

S. hat mehrfach bei der Untersuchung carcinomatöser Drüsen, an denen mit bloßem Auge eine Dissemination nicht zu sehen war, carcinomatöse embolische Herde in Lymphgefäßen, weit entfernt von der primären Geschwulst, in der Drüse selbst, in der Haut, im umliegenden Fettgewebe, in der Pektoralfascie gefunden; durch derartige Befunde wurde ihm die Nothwendigkeit einer vollständigen Operation in allen Fällen am deutlichsten bewiesen.

Es ist unmöglich, im Referate auf alle wichtigen Einzelheiten der pathologischen Untersuchung einzugehen. Hervorgehoben soll nur werden, dass S. dem etwa zurückgelassenen Drüsengewebe bei der Entstehung eines Recidivs eine aktive Rolle in den meisten Fällen nicht zuschreibt; nach seiner Ansicht kommt das Recidiv häufiger hier zu Stande, wie bei den Recidiven in Haut etc. durch embolische Herde in den Lymphwegen. Die proliferativen Vorgänge der Drüse, die Heidenhain u. A. als präcarcinomatöse bezeichnet haben, hat S. sehr gewöhnlich bei verschiedenen Formen der Mastitis und bei cystischen Erkrankungen gefunden, bei denen doch eine bösartige Umwandlung die Ausnahme ist. S. bespricht sodann die herdweise Ausbreitung der Carcinomzellen in den Lymphgängen der Drüse selbst, dann die auf dem Boden einer früheren Mastitis entstandenen Carcinome, die Adenocarcinome Halsted's, die beide eine bessere Prognose liefern, wie der gewöhnliche Scirrhus.

Bei der Untersuchung der Verbreitungswege des Carcinoms auf dem Wege der paravaskulären Lymphgefäße, der Blutgefäße und

Drüsenausführungsgänge kann S. die Untersuchungsergebnisse von Langhans und Goldmann bestätigen. Besonders besprochen wird die Erkrankung der Brustwarze (Paget's disease), die ihren Ausgang von den Mündungen der milchführenden Gänge nimmt und von da aus gleichzeitig den Gängen entlang in die Tiefe und unter die umgebende Haut weiterschreitet. Bei der Verbreitungsweise in der Haut ist zu erwähnen, dass S. eine aktive Betheiligung der Epidermiszellen am bösartigen Processe nie beobachtet hat, dass die subareolaren Lymphgefäße, die in die Sappey'schen Geflechte münden und damit in freier Kommunikation mit den gesammten Hautlymphgefäßen stehen, besonders für die Infektion der Haut, speciell auch beim Cancer en cuirasse, verantwortlich zu machen sind. Wichtig für diese Verbreitungsweise sind auch die Cooper'schen Aufhängebänder der Brustdrüse — bindegewebige Stränge, die sich von der Vorderfläche der Drüse in das Fettgewebe und in die Haut fortsetzen, Maschen bilden, die von subkutanem Fette eingenommen werden. Dieselben nehmen gelegentlich Fortsätze von Drüsengewebe, aber auch Lymph- und Blutgefäße mit sich, durch welche die Ausbreitung des Carcinoms vermittelt werden kann. Bezüglich der retromammären Gewebe, der Pektoralfascie und des Pektoralmuskels kommt S. zu denselben Ergebnissen wie Heidenhain, Sappey, Rothes, Grossmann u. A., Ergebnisse, aus denen die Nothwendigkeit der Entfernung dieser Theile unzweifelhaft hervorgeht.

Bei Besprechung der axillaren Verbreitungswege weist S. besonders auf die fettig entarteten Lymphdrüsen hin, die auch der Tastung bei der Operation entgehen, trotzdem aber inficirt werden, wie die gewöhnlichen Drüsen. S. betont, dass er bei der mikroskopischen Untersuchung Drüsen inficirt gefunden hat, die weder vergrößert noch verhärtet waren.

Besondere Beachtung verdienen bei Ausräumung der Achselhöhle die Entfernung der Serratusfascie, die nicht in genügender Weise erfolgen kann, wenn nicht einige Muskelbündel mit durchtrennt werden, und die Drüsen in der Nähe der Axillarvene, deren Entfernung auch die Wegnahme der Gefäßscheide nöthig macht. Bezüglich der Supraclaviculardrüsen wirft S. die Frage auf, in welchem Procentsatze sie mikroskopisch erkrankt gefunden werden, ohne dass sie palpatorisch nachweisbar waren, und wie das Verhältnis von Heilungen ist, wenn sie erkrankt gefunden wurden. An die Beantwortung dieser Fragen knüpft er die Entscheidung, ob die Anwesenheit inficirter supraclavicularer Drüsen als Kontraindikation für die Operation zu gelten hat oder nicht. Bezüglich der Technik der »vollständigen« Operation verweist S. auf die Ausführungen von Cheyne, Halsted, Kocher und Butlin. Gute Mikrophotogramme sind der lesenswerthen Arbeit beigegeben. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

18) **A. Fraenkel** (Wien). Über die nach Verdauungsgeschwüren der Speiseröhre entstehenden narbigen Verengerungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 42.)

Die verhältnismäßig recht kleine Gruppe anatomischer Krankheitsbilder bei dem Symptomenkomplex der Speiseröhrenverengerung wird in überwiegender Mehrzahl durch Verätzungs- so wie durch carcinomatöse Strikturen gebildet, denen sich in seltenerem Maße die durch Aneurysma erzeugten Kompressionsstenosen, so wie die auf luetischer Basis oder die nur 1mal einwandsfrei beobachtete tuberkulöse Striktur anfügen lassen, natürlich abgesehen von dem durch Muskelhypertrophie des untersten Ösophagusabschnitts bedingten Cardiospasmus oder den auf rein hysterischer Grundlage beruhenden Verengerungen der Speiseröhre.

F., der eine Anzahl von Fällen beobachtet hatte, die sich nicht in das hier gezeichnete ätiologische Schema einreihen ließen, hatte Gelegenheit, einen einschlägigen Fall bei einem älteren Pat., der wegen angenommener carcinomatöser (Scirrhus) Striktur des Ösophagus gastrostomirt wurde, 3 Wochen später auf dem Sektionstische genauer zu studiren. Es fand sich statt des erwarteten Scirrhus eine außerordentlich hochgradige, durch festes Narbengewebe bedingte Striktur mit enormer Dilatation des darüber gelegenen unteren Ösophagusabschnitts. Auch die mikroskopische Untersuchung ergab nirgends irgend welche Anhaltspunkte für eine krebsige Infiltration.

Im pathologischen Institute von Weichselbaum gelang es F. nach Ausschluss aller nicht ganz klaren und einwandsfreien Präparate 2 analoge Präparate aufzufinden.

Vor noch gar nicht so langer Zeit wurde die Frage, ob an der Schleimhaut der Speiseröhre ein dem runden Magengeschwüre analoges Ulcus ex digestione vorkommen könne, rundweg negirt. Zwar haben Rokitansky und Kundrat in früherer Zeit es als eine seltene, aber sichergestellte Geschwürsform der Speiseröhre beschrieben, indessen wurde die Richtigkeit dieser Behauptung von Birch-Hirschfeld, so wie von Zenker und Ziemssen bestritten. Jedoch haben später Quincke und H. Chiari das unzweifelhafte Vorkommen eines Ulcus ex digestione in der Speiseröhre dargethan, und Schaffer hat nachgewiesen, dass in der menschlichen Speiseröhre an verschiedenen Stellen Partien typischer Magenschleimhaut vorkommen können, welche Stellen dem freien Auge wie Erosionen erscheinen.

Für die klinische Bedeutung dieses Krankheitsbildes kann es nicht maßgebend sein, dass entsprechend der spärlichen Kasuistik (höchstens 20 einschlägige Beobachtungen) von der vorliegenden Erkrankung wenig Notiz genommen wird; es ist vielmehr nothwendig, bei zweifelhaften Fällen das Krankheitsbild des peptischen Geschwürs der Speiseröhre ins Gedächtnis zu rufen. Oft wird die Krankheit

mit der gleichartigen Affektion des Magens vergesellschaftet sein und umgekehrt. Von besonderer, speciell chirurgischer Wichtigkeit wird die Erkrankung, wenn sie in das Stadium der narbigen Striktur tritt. Wenn schablonenhaft jede Striktur der Speiseröhre, die jenseits der 40er Jahre beobachtet wird, und für die Ätzung und Lues nicht in Betracht kommt, für carcinomatös erklärt wird, so wird man nach F. bei halbwegs größerer Erfahrung vor manchem ziemlich räthselhaften Erlebnis stehen, wobei Verf. nach Ansicht des Ref. den Werth der Ösophagoskopie, die er übrigens gar nicht erwähnt, nicht mit in Rechnung zieht.

Fälle der hier beschriebenen Art, die für Carcinom gehalten und gastrostomirt wurden, können leicht zu dem irrigen Glauben Veranlassung geben, als ob das Carcinom durch die Operation geheilt wäre. Freilich wird die lange Dauer der Krankheitsperiode vor Ausbildung der Strikturbeschwerden für die meisten Fälle das wichtigste Kriterium für die Differentialdiagnose bilden. Andererseits ist nicht von der Hand zu weisen, dass gleich wie auf dem Boden des Magengeschwürs es zu einer Carcinombildung kommen kann, so auch der analoge anatomische Process der Speiseröhre oft genug die Grundlage des so häufigen Carcinoms der Speiseröhre bilden mag.

Hübener (Dresden).

---

19) **F. Neugebauer.** 100 Fälle von zufälligem Zurücklassen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle während der Operation.

(Medycyna 1899. No. 24—30.)

Verf. hat aus Anlass eines Processes, welcher gegen den emer. Warschauer Professor Kosiński und dessen gewesenen Assistenten Dr. Solman wegen unbewussten Zurücklassens zweier Arterienklemmen in der Bauchhöhle einer laparotomirten Pat. erhoben wurde, 100 in der Litteratur bekannte Fälle, in welchen bei der Operation benutzte Gegenstände in der Bauchhöhle vergessen wurden, zusammengestellt. (Ein großer Theil hierher gehöriger Fälle gelangt ohnedies nicht zur allgemeinen Kenntnis. Ref.) Unter den Operateuren, welchen dieses Missgeschick passirt ist, befinden sich Namen von allerbestem Klange. Von den 100 in der Arbeit berücksichtigten Pat. sind 58 genesen, 42 gestorben, und zwar ein Theil unmittelbar nach der Operation an Sepsis. Vergessen oder übersehen wurden: 29mal ein Schwamm, 28mal ein Tampon oder eine Kompresse aus Gaze, 4mal ein Drainrohr, 1mal eine Richelot'sche Klammer, 1mal ein Trauring, 1mal ein Stück Glas, 19mal eine Arterienklemme, 17mal ist der Fremdkörper nicht näher bezeichnet. 3mal wurden je 2 Fremdkörper vergessen. Über das weitere Schicksal der vergessenen Gegenstände bezw. der von dem Unglücke betroffenen Pat. geben folgende Zahlen Aufschluss:

Schwämme:

19mal wurden dieselben bei der Sektion gefunden.

2mal wurden dieselben noch vor Schluss der Bauchwunde gefunden.

3mal wurde die sekundäre Laparotomie erst nach Verlauf einiger Tage ausgeführt.

1mal kam der Schwamm in einem Abscesse der Bauchdecken 5 Monate und 18 Tage nach der Operation zum Vorscheine.

1mal hat er sich stückweise aus einer in der Narbe zurückgebliebenen Fistel nach $1^1/_2$ Jahren abgestoßen.

3mal wurde die Laparotomiewunde unmittelbar nach der Operation geöffnet.

Tampons und Kompressen:
7mal bei der Sektion gefunden,
10mal spontaner Abgang per Anum,
5mal spontaner Abgang durch einen Bauchdeckenabscess,
4mal sekundäre Laparotomie,
2mal weiteres Schicksal unbekannt,

Drainrohr:
1mal Laparotomie am 4. Tage,
1mal spontaner Abgang durch die Scheide,
1mal spontaner Abgang durch den Mastdarm,
1mal in Cavo Douglasii bei der Sektion 2 Jahre nach der Operation gefunden,

Klemme nach Richelot:
1mal vorgefunden bei der Sektion.

Trauring:
Extraktion nach Jahren durch Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes.

1 Stück Glas (aus einem während der Operation zerbrochenen Irrigator). Extrahirt 14 Tage nach der Operation bei der Sektion.

Arterienklemmen:
6 Pat. verschieden sehr bald nach der Operation (das Zurücklassen der Klemme belanglos).

1 Pat. starb während der 6 Monate nach der ersten Operation Behufs Extraktion der Klemme ausgeführten Laparotomie (Ruptur der durch die Klemme usurirten Arteria iliaca sinistra).

3mal spontaner Abgang durch den After.
3mal spontaner Abgang durch einen Abscess.
1mal Perforation nach der Blase.
1mal wurde das Fehlen der Klemme unmittelbar vor Schluss der Wunde beobachtet.
3mal sekundäre Laparotomie (nach 6, 18 und 24 Monaten).
1mal Schicksal unbekannt.

Von Verletzungen innerer Organe durch die zurückgelassenen Fremdkörper wird außer der bereits erwähnten Verletzung der A. iliaca noch 6mal eine Perforation des Darmes notirt.

Trzebicky (Krakau).

---

20) **F. Kijewski.** Einige Bemerkungen über das Vergessen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle.

(Gaz. lekarska 1899. No. 20—24.)

Die Veranlassung zu diesem Artikel war dieselbe wie in jenem Neugebauer's. Verf. war als Sachverständiger in dem Processe berufen und hat sein Möglichstes zur Wahrung der Ehre der Chirurgen gethan. **Trzebicky** (Krakau).

---

21) **Ruggi** (Modena). Über die Sympathektomie am Halse und am Abdomen.

(Policlinico 1899. Mai 15.)

Verf. bricht eine Lanze für die von verschiedenen Seiten (Alexander, Jonnesco, Reclus, Faure u. A.) neuerdings in Aufnahme gekommene Operation der Resektion des N. sympathicus, die sog. »Sympathektomie«. Die Operation wurde bisher fast nur am Halstheile des Sympathicus ausgeführt, und zwar bei Fällen von Epilepsie, Basedow und Glaukom. Verf. operirte selbst 10 Fälle von Glaukom in dieser Weise, mit mehr oder weniger gutem Erfolge; die Operation ließ sich in wenigen Minuten ausführen. Sodann übertrug Verf. diese Operation auf den Bauchtheil des N. sympathicus (bei Frauen), indem er von der Ansicht ausging, dass die nach vollständiger Ausrottung der inneren weiblichen Genitalien bisweilen zurückbleibenden Schmerzen auf eine Reizung, resp. Einschnürung, der sensiblen Fasern des Sympathicusgeflechtes (Plexus spermaticus) zurückzuführen seien. Die partielle Excision des Bauchsympathicus wurde in folgender Weise ausgeführt: Nach Eröffnung der Bauchhöhle in Trendelenburg'scher Lage werden sämmtliche Därme in die Höhe geschoben, und die hintere Bauchwand freigelegt; der Plexus spermaticus, welcher in Gemeinschaft mit der Arteria spermatica interna und dem Plexus pampiniformis nach dem Becken herabsteigt, wird in der Weise aufgesucht, dass man das Bauchfell neben der Lendenwirbelsäule durchtrennt und die genannten Gefäße freilegt. Nach genügender Ablösung des Bauchfelles wird das ganze Gefäßnervenbündel isolirt, und zuerst die Arterie, dann der den Nervenplexus enthaltende Rest unterbunden, resp. resecirt. Verf. unternahm diese Operation 3mal an der Lebenden, stets mit gutem Erfolge; die Schmerzen, die nach der Kastration, resp. Hysterektomie, fortbestanden, wurden durch die »Sympathektomie« prompt beseitigt. In einem 4. Falle von Hyperästhesie des Uterus und reflektorischen Magenstörungen wurde (gleichzeitig mit Trennung der perigastritischen Adhäsionen) die Sympathicusresektion vorgenommen, ebenfalls mit gutem Erfolge. **H. Bartsch** (Heidelberg).

---

22) **J. Braquehaye.** La gastrostomie. Les actualités médicales.

Paris, **Baillière et fils,** 1900. 100 S.

Eine kurze, ziemlich erschöpfende Übersicht über die Geschichte, Indikationen und Methoden der Gastrostomie (wie sie die französische Litteratur bereits besitzt in dem betreffenden Abschnitte der Chirurgie de l'estomac von Terrier und Hartmann). Neues wird nicht geboten, es mag nur bemerkt werden, dass Verf. nach eigener Erfahrung am meisten das Verfahren von Fouton (Centralbl. f. Chir. 1897 p. 206) empfiehlt. Dasselbe kommt auf dasselbe heraus wie die Methode von Kocher, erscheint aber bedeutend einfacher und verdiente auch in Deutschland mehr Beachtung zu finden. **Fr. Brunner** (Zürich).

---

23) **W. Prutz.** Mittheilungen über Ileus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 2.)

Verf. bereichert mit seiner Arbeit und den darin enthaltenen Krankengeschichten die Kasuistik des Ileus durch Mittheilungen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik. Unter den 36 Fällen sind fast alle Arten von Ileuserscheinungen vertreten, der Volvulus verschiedener Darmpartien, Invaginationen, Abschnürungen und Knickungen durch Stränge und Verwachsungen und schließlich die Verschlüsse bei Carcinomen, tuberkulösen Processen und Sarkomen im Bereiche des Darmkanales oder ihm benachbarter Organe.

Die Erfolge sind bei den einzelnen Unterabtheilungen recht verschiedenartig; beim Volvulus und den Invaginationen fast lauter Heilungen, bei Strangverwachsungen auch noch befriedigende, dagegen bei den anderen, speciell den chronischen durch Geschwülste bedingten Verschlüssen recht schlechte Erfolge. Viele Kranke sind leider erst verspätet und verschleppt in chirurgische Behandlung gekommen, was bei der Würdigung der operativen Therapie in Betracht zu ziehen ist. Verf. steht, wie natürlich, bezüglich der Frage der Behandlung des Ileus von vorn herein auf einem durchaus chirurgischen Standpunkte; er operirt auch bei sehr wenig aussichtsvollen Fällen, die ja sonst ohnehin verloren sind. Wenn möglich, ist bei einer Ileusoperation nicht nur die Stenose zu heben, sondern auch die Ursache zu beseitigen, was P. besonders bei dem Volvulus hervorhebt, bei dem leicht Rückfälle auftreten.

Was P. über die sog. Dehnungsgeschwüre Kocher's bestätigt, ist schon im Referate des Chirurgen-Kongresses berichtet. Als Charakteristicum dieser Ulcerationen ist ihre Abhängigkeit von der lokalen Aufhebung des venösen Rückflusses anzusehen, durch welche Stauungsblutungen, Nekrosen, Geschwüre und Perforationen veranlasst werden. Auch diese Komplikation drängt zur frühzeitigen Entleerung des geblähten Darmes.

Bei Verschlüssen ist Verf. ein Gegner der Anwendung des Murphyknopfes, mit dem er gerade hier wenig Freude erlebt hat

gegenüber anderen Darmoperationen, bei denen derselbe gute Dienste geleistet hat. Die Komplikation von Ileus mit Hernien, die nach Naunyn eine günstige Prognose bietet, hat dem Autor nur Unglück gebracht.

Zum Schlusse wendet sich die Arbeit noch gegen die von Heidenhain angenommene Entstehung von Ileus durch spastische Kontraktur des Darmes. Solche Spasmen sind durch Reiz von einem mechanischen Hindernis aus veranlasst. Mit Recht schließt sich gegenüber einer solchen Erweiterung des dynamischen Ileus Verf. der Anschauung Kocher's an, dass mit ihr nur ein Grund mehr zu ungerechtfertigtem Zögern geschaffen wird dort, wo man lieber handeln sollte.

Der Anhang enthält in extenso die ausführlichen Krankenjournale.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

24) **Siegel.** Über das primäre Sarkom des Dünndarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 35.)

S. berichtet über einen Fall von primärem Dünndarmsarkom bei einem 3³/₄-jährigen Knaben, welcher unter den Erscheinungen einer chronischen Darmstenose erkrankt war. Bei der Untersuchung des meteoristisch aufgetriebenen Bauches, fühlte S. in der rechten Ileocoecalgegend bei tiefer Palpation eine Geschwulst von derber Konsistenz und gelappter Oberfläche, welche sich verschieben ließ. Diagnose schwankte zwischen maligner und tuberkulöser Geschwulst. Die Operation förderte eine dem Jejunum angehörende, höckrige Geschwulst zu Tage, in deren Umgebung die Gekrösdrüsen bis an die Wurzel des Gekröses bis zu Hühnereigröße geschwollen waren. Resektion mit einem Keile des Gekröses, Vereinigung der resecirten Darmenden durch cirkuläre Naht. Nach 3 Wochen Tod. Die Sektion ergab, neben einer umschriebenen Peritonitis, dass an Stelle der Darmnaht eine neue Drüse von Taubeneigröße frisch entstanden war. Das große Netz und die retroperitonealen Drüsen waren in großer Ausdehnung von Geschwulstmassen infiltrirt, das Pankreas in Geschwulstmassen völlig aufgegangen. Metastasen in den Nieren. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Rundzellensarkom, welches in den Lymphgefäßen der Submucosa seinen Ursprung genommen hat.

S. konnte aus der Litteratur 34 Fälle von Dünndarmsarkom zusammenstellen und hat gefunden, dass dasselbe eine Erkrankung der früheren Lebensperiode darstellt; speciell das Alter zwischen 30 und 40 Jahren bevorzugt. Was das Geschlecht anbelangt, so werden männliche Individuen häufiger davon befallen. Bezüglich der Ätiologie und des Berufes der an Dünndarmsarkom Erkrankten konnte S. nichts Besonderes eruiren, was einen Aufschluss über die Entstehung des Leidens geben könnte. 19mal waren Rundzellensarkome, überwiegend kleinzellige, und 5mal Spindelzellensarkome gefunden worden. Der Übergang der Dünndarmsarkome auf die benachbarten Gewebe, insbesondere auf das Gekröse, das Netz und die Lymphdrüsen des Mesenteriums, ist in allen diesbezüglichen Krankengeschichten hervorgehoben; nur in ca. 6% der Fälle hat sich die Geschwulst ausschließlich auf die Darmwand beschränkt.

Während in 7 Fällen eine Erweiterung des Darmkanals geschildert wurde, so wurde andererseits in einem Drittel der Fälle eine

Verengerung konstatirt. Die hervortretendsten Symptome sind Störungen der Darmpassage, Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall mit Erbrechen und Koliken als Begleiterscheinungen. S. stellt es demnach als unrichtig hin, wenn als Charakteristicum des Darmsarkoms und als hervorragendes diagnostisches Zeichen angegeben wird, dass diese Geschwulstart keine Verengerung der Darmlichtung und keine Stenosenerscheinungen bedingt. Manchmal können diese Stenosenerscheinungen auch hervorgerufen werden durch Invagination der Geschwulst oder Verwachsungen der von der Geschwulst betroffenen Darmpartie mit anderen Dünndarmschlingen oder den Nachbarorganen. Schmerzempfindung verursacht die Neubildung weder spontan, noch auf Druck. In manchen Fällen hat die Blutuntersuchung Leukocytose ergeben. Symptome, welche von anderen Autoren geradezu als typisch für Dünndarmsarkom hervorgehoben wurden, verneint S., welcher der Ansicht ist, dass man wesentlich von dem Fühlen einer Geschwulst abhängig sein wird. Die Therapie kann selbstredend nur eine chirurgische sein, radikal nur dort, wo man die Pat. im frühesten Stadium zur Operation bekommt.

Gold (Bielitz).

---

25) **W. H. Horrocks.** Fibrous stricture of the rectum.

(Brit. med. journ. 1899. Juni 3.)

H. empfiehlt zur Operation enger fibröser Strikturen des Mastdarmes die vertikale Incision der Striktur hinten, dann die Dehnung, bis aus der vertikalen Wunde eine transversale geworden ist. Die Wunde wird dann mit Katgut quer vernäht. Vorbedingung für diese einfache Operation, deren bleibenden Erfolg H. nicht bezweifelt, ist die leichte Zugänglichkeit der strikturirten Stelle.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

26) **Schuchardt.** Über die Exstirpation des krebsigen Mastdarmes und der Flexura sigmoidea.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 34.)

S. weist auf die Wichtigkeit der Mitentfernung der zugehörigen Lymphdrüsen bei Erkrankungen der Gebärmutter und des Mastdarmes hin, um Recidiven sicherer vorbeugen zu können.

Besonders von Gerota wurde die Verzweigungsweise der Lymphgefäße des Mastdarmes studirt. Die klinische Erfahrung zeigte, dass die Hautkrebse des Afters und die Schleimhautkrebse der Pars perinealis krebsige Schwellungen der Leistendrüsen verursachen. Krebse der Pars pelvica recti führen zu Leistendrüsenschwellungen, wenn sie im Laufe der Entwicklung auf die Pars perinealis und den After übergreifen. Bei den gewöhnlichen die Pars pelvica betreffenden Carcinoma recti liegen die geschwollenen Drüsen theils unmittelbar an der Außenwand des Darmes, theils weiter oben in der Kreuzbeinaushöhlung, zuweilen bis über das Promontorium an der Wirbelsäule herauf.

S. bediente sich Behufs möglichst vollständiger Entfernung des Lymphapparates einer besonderen von ihm ausgearbeiteten Methode.

Nach vorangegangener Kolotomie bei ringförmigem Carcinom wird in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung durch einen Schnitt vom hinteren Afterrande bis zum Ende des unteren Kreuzbeindrittels das Steißbein freigelegt und quer resecirt. Dann wird der Hautschnitt nach vorn zu beiden Seiten des Afters fortgesetzt, und nach Umkreisung des letzteren die Afteröffnung durch eine fortlaufende Seidennaht verschlossen. Nachdem mit stark gekrümmten Nadeln dicke Katgutfäden 2—3 Querfinger auswärts vom Darme durch das Gewebe hindurch geführt und die Fäden fest zugeschnürt sind, wird zwischen den Ligaturen und dem Mastdarme durchgetrennt, so dass dieser rasch und fast ohne Blutverlust gelöst werden kann. Nach allseitiger Mobilisirung macht die Durchtrennung der vorderen Befestigungen, beim Weibe im Septum recto-vaginale, beim Manne von der Prostata und Blase, in den unkomplicirten Fällen gar keine Schwierigkeiten mehr. Das die inficirten Lymphdrüsen bergende parasacrale Gewebe wird dabei vollständig und im Zusammenhange mit dem Mastdarme entfernt (selbst bis über das Promontorium hinauf).

Bei den höher oben sitzenden Carcinomen des unteren Theiles der Flexura sigmoidea spannt sich bei der Ablösung das Mesenterium sigmoideum straff an; es wird umstochen, unterbunden und durchschnitten, der Darm weiter vorgezogen und das spannende Mesenterium abermals umstochen, bis die Geschwulst genügend mobilisirt ist, und der Darm so weit herunter gezogen werden kann, dass er sich an die Haut anheften lässt.

In seinem Falle konnte S. so 30 cm Darm exstirpiren.

Vor der Anheftung des Darmes wird die Bauchhöhle abgeschlossen und die Hautwunde bis auf die zur Aufnahme des Darmes dienende Lücke zugenäht. In den vorderen Theil der Wundhöhle kommt ein Drain, in den hinteren ein kleiner Jodoformgazetampon. Erst dann wird zur Amputation des Darmes oberhalb des Carcinoms geschritten, indem er vorn quer umschnitten und an die Haut angenäht wird. Die Durchtrennung wird allmählich bis zum hinteren Umfange fortgesetzt. Auf eine Erhaltung des Sphinkters wird verzichtet.

Das ingeniöse Verfahren dürfte zur Nachahmung anregen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

27) **W. Liermann.** Vaginale Mastdarmoperationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1. p. 89.)

Verf. sucht den Beweis zu erbringen, dass für eingreifende Mastdarmoperationen beim Weibe, wie sie vor Allem durch Carcinom und Striktur bedingt werden, die Rehn'sche vaginale Methode als das Normalverfahren anzusehen und der sacralen, perinealen und auch den kombinirten Methoden vorzuziehen sei (vgl. auch die

frühere, denselben Gegenstand behandelnde Arbeit L.'s in Beitr. zur klin. Chir. Bd. XIX Hft. 3). Was die Technik anbetrifft, so wird bei der in Steinschnittlage gebrachten Frau die hintere Scheidenwand von der Portio bis zum Frenulum labiorum gespalten, der Schnitt alsdann bis zur vorderen Mastdarmwand und seitlich ins Cavum ischio-rectale bis zu den Tubera ischii hin vertieft. Großes Gewicht ist auf ausgiebige Führung der paraanalen Schnitte zu legen, da eine solche die folgenden Akte der Operation sehr erleichtert; eine Einschränkung der Schnitte mit Rücksicht auf die Ernährung des zurückbleibenden Sphinkterentheiles hält Verf. nicht für geboten. Die 1. ringförmige Umgehung des Mastdarmes hat am besten 2,5 bis 3 cm über der Afteröffnung zu geschehen, die folgende Ausschälung des Mastdarmes ist auf scharfem Wege vorzunehmen. In einzelnen Fällen, bei Übergreifen der Affektion auf das Sigmoideum so wie bei Verwachsungen nach den Leisten und dem Promontorium zu, ist es nothwendig, den Darm zu durchschneiden und den centralen Stumpf unter die Symphyse herabzuziehen. Nach erfolgter Exstirpation des erkrankten Theiles soll, wo angängig, das etwa eröffnete Bauchfell geschlossen werden; um eine nachherige Spannung zu vermeiden, ist es wichtig, dass der heruntergezogene Theil des Mastdarmes recht reichlich bemessen werde; letzterer wird in dem excidirten oder angefrischten Analtheile befestigt, und damit sofort ein geschlossenes Darmrohr hergestellt. Von einer Cirkulärnaht des resecirten Darmes möchte Verf. auf Grund seiner Erfahrungen, auch wenn die Möglichkeit vorliegt, stets absehen.

Dass die auf diese Weise operirten Fälle durchweg einen günstigen Verlauf genommen hatten, führt Verf. in erster Linie darauf zurück, dass wie bei sonstigen vaginalen Laparotomien, so auch hier, die Infektionsgefahr, wie die allgemeine Wirkung auf den Organismus eine relativ geringe ist, dass ferner sowohl während wie nach der Operation günstige Abflussverhältnisse in der Wundhöhle bestehen. Als weiterer Vortheil der Methode wird außerdem noch die Möglichkeit gleichzeitiger Eingriffe an Gebärmutter, Scheide und Damm angeführt. Die neuerdings von Schwarz empfohlene abdominovaginale Exstirpation bietet nach Verf. vor dem vaginalen Verfahren keinen Vorzug, hat dagegen vor Allem den Nachtheil, als Endresultat einen widernatürlichen After zu bieten. Des weiteren wird besonders hervorgehoben, dass die vaginale Methode auch die Möglichkeit giebt, Strikturen des Mastdarmes selbst bei großer Ausdehnung derselben radikal zu beseitigen und den Pat. ein völlig geschlossenes Darmrohr mit normaler Afteröffnung und Kontinenz zu geben. Den Schluss der Arbeit bildet eine kurze Übersicht über 9 im Rehnschen Krankenhause operirte Fälle (5 Fälle von Carcinom, 1 Prolaps, 3 Fälle von Strikturen), in welchen das vaginale Verfahren durchweg günstige Resultate erzielt hat. **Honsell** (Tübingen).

---

28) **Mériel.** Recherche estemporanée des trous sacrés postérieurs au point de vue chirurgical.

(Revue de chir. 1899. No. 8.)

M. hat an einer größeren Zahl von Leichen die Lage der hinteren Kreuzbeinlöcher festzustellen gesucht und durch Nachprüfungen bestätigt gefunden, dass dieselben sich stets auf folgende Weise bestimmen lassen; als Ausgangspunkt hierfür nimmt er die durch die Haut angeblich immer gut tastbaren sacralen »Dornfortsätze«. Das 1. Kreuzbeinloch liegt nach M. auf einer Horizontalen 2,3 cm von dem obersten »Dornfortsatze« entfernt; das 2. auf einer Horizontalen in Entfernung von 2,5 cm von dem 2., das 3. auf einer Horizontalen, die 3,5 cm senkrecht nach abwärts vor dem 2. »Dornfortsatze« ihren Anfang nimmt und bis 2 cm weit nach dem Kreuzbeinrande verläuft, das 4. Loch 2,5 cm weit entfernt auf einer Horizontalen, die man sich im senkrechten Abstande von 5 cm von dem 2. »Dornfortsatze« gezogen denkt. Ob die Zahlen bei männlichen und weiblichen erwachsenen Individuen übereinstimmen, erwähnt M. nicht. Fraglich erscheint auch, ob sich die »sacralen Dornfortsätze« durch ein starkes Fettpolster deutlich genug tasten lassen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Über einen Fall von recidivirender Osteomyelitis centralis des Radius nach Furunkeln im Nacken.

Von

Dr. **Siegmund Auerbach** in Frankfurt a/M.

Ich möchte in Folgendem über eine Beobachtung berichten, welche in mancher Beziehung praktisches Interesse bietet:

32jähriger Rechtsanwalt. Vater an diabetischer Gangrän gestorben; Mutter lebt und ist gesund; als Kind öfters Ekseme. Venerische Krankheiten weder anamnestisch noch nach genauester Untersuchung nachweisbar; seit 5 Jahren steril verheirathet. In den letzten Jahren öfters leichte neuralgisch-rheumatische Schmerzen in den Beinen und Armen und einmal sogar hinter dem linken Ohre, welche nach warmen Bädern und Anwendung von milden Nervinis immer in wenigen Tagen zurückgingen. Ende Oktober 1898 mehrere mittelgroße Furunkel im Nacken, welche Anfangs mit einer Karboleinspritzung, später mit Kataplasmen behandelt wurden. Schon bald nach dem Auftreten der Furunkel verspürte Pat. Schmerzen am rechten Vorderarme (ganz vorübergehend auch in der rechten Schulter); es ist aber, da er Anfangs gar keinen Werth auf dieselben legte, nicht mehr mit Sicherheit zu eruiren, ob dieselben vor oder nach der Karbolinjektion zum 1. Male sich bemerkbar gemacht hatten. Eine Verletzung des rechten Armes glaubte Pat. mit Sicherheit ausschließen zu können. Am 28. Oktober konstatirte ich bei der 1. Untersuchung eine ungefähr pflaumengroße, wenig derbe, diffuse Schwellung der Weichtheile, sich direkt in peripherer Richtung an die rechte Ellbeuge anschließend, diese aber völlig freilassend; die Schwellung betraf Haut und Muskulatur, entsprach gerade dem proximalen Ende des Radius und war auf Druck schmerzhaft. Die Bewegungen, insbesondere Pronation und Supination waren wegen der Schmerzen aktiv nur mit Mühe ausführbar, keine Röthung auf jener



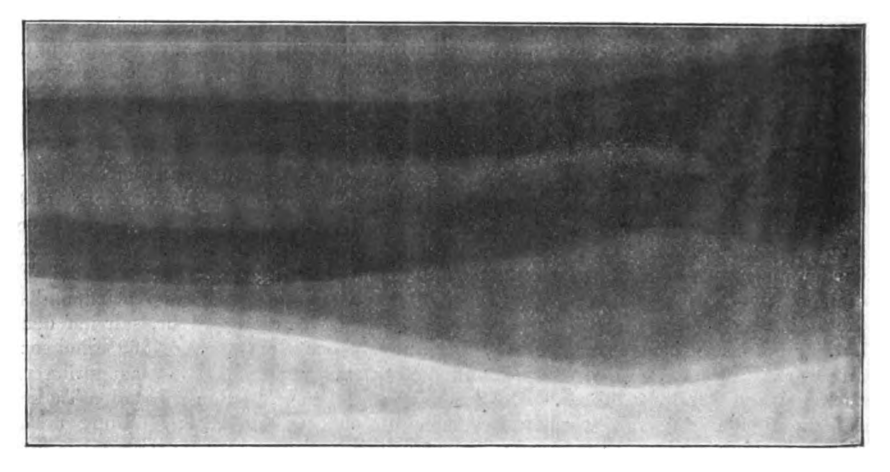
Stelle; keine Schwellung oder Druckempfindlichkeit des übrigen Vorderarmes oder der Hand. Ellbogengelenk frei; Cubital- und Axillardrüsen nicht geschwollen, nirgend wo Lymphangitis. An der Hand einige Schrunden, welche aber als Folge eines chronischen Handekzems seit Jahren bald sich einstellen, bald wieder verschwinden. Jene schmerzhafte Intumescenz nahm nun in den folgenden 14 Tagen um ein Geringes zu, ohne dass irgend welche andere Erscheinungen (Röthung, Lymphangitis etc.) hinzutraten. Die abendliche Körpertemperatur bewegte sich zwischen 37,4 und 38,2 (letztere nur 1mal); das Allgemeinbefinden war, abgesehen von den Schmerzen und der in Folge der ruhigen Lage etwas gestörten Nachtruhe, ein ganz gutes. Die Behandlung bestand in Ruhigstellung und Elevation des Armes, Leinsamenumschlägen, Einwicklungen mit Liquor alumin. acet., Natr. salicyl. und einige Male leichten Schlafmitteln. In der 3. Woche ging die Schwellung und damit auch der Schmerz zurück. Pat. wurde aus der Behandlung entlassen mit der Ermahnung, den Arm in der ersten Zeit noch zu schonen.

In den ersten Tagen des Bestehens dieser Affektion konnte man an einen akuten Muskelrheumatismus denken, zumal da Pat. auch vorübergehend über Schmerzen im linken Vorderarme klagte, wo aber keine Schwellung war; dann aber trat die Diagnose einer Verstopfung eines der Muskelgefäße in den Vordergrund (Myositis metastatica), indem man an eine Verschleppung von den Nackenfurunkeln aus denken musste. An eine Osteomyelitis des Radius dachten Herr Dr. Pinner (der die Furunkel behandelt hatte und nun hinzugezogen wurde) und ich auch; wir ließen aber diesen Gedanken Angesichts des außerordentlich geringen Fiebers, des Mangels jeglicher Allgemeinerscheinungen und der relativ raschen Wiederherstellung wieder fallen.

Während des Winters ging es dem Pat. gut; er konnte wieder anhaltend schreiben, hatte aber, wie er später angab, zuweilen »ein Gefühl« an der beschriebenen Stelle, welches aber stets schnell wieder verschwand. Anfang März 1899 unternahm Pat. eine 6wöchentliche Vergnügungsreise. Anfang April empfand er zum 1. Male wieder heftige Schmerzen an der erwähnten Stelle, welche auch wieder anschwoll, und führte dieselben auf eine Erkältung zurück. Nach Verlauf einiger Tage soll wieder etwas Besserung eingetreten sein, so dass er jedenfalls die Reise nicht unterbrach. Am 20. April, dem Tage der Rückkehr, sah ich den Pat. und konnte im Ganzen denselben Befund wie Ende Oktober 1898 erheben: nur waren die spontanen Schmerzen und die Druckempfindlichkeit etwas geringer, auch bestand gar kein Fieber. Die Beschwerden nahmen in den folgenden Tagen auf die Behandlung mit warmen Leinsamenumschlägen und Ruhigstellung noch mehr ab, gingen aber, eben so wie die Schwellung, nicht mehr ganz zurück. Ich war desshalb mit dem Vorschlage des Pat., Prof. Czerny in Heidelberg zu konsultiren, sehr einverstanden. In meinem Begleitschreiben an denselben schilderte ich genau den bisherigen Verlauf der Affektion und gab, gestützt auf eine von mir als Assistent von Prof. Rehn im städtischen Krankenhause gemachte ähnliche Beobachtung, wieder dem Verdachte Raum, dass es sich doch vielleicht um eine circumscripte metastatische Osteomyelitis handle. Prof. Czerny sprach sich nicht bestimmt aus, schlug aber vor, den Arm mit Röntgenstrahlen durchleuchten zu lassen. Diese Untersuchung wurde nun in der 2. Hälfte Mai mehrere Male (im hiesigen physikalischen Verein und bei R. Blänsdorf Nachf.), auch unter Vergleichung mit dem linken Vorderarme, vorgenommen. Dieselbe hatte stets dasselbe Resultat: Etwa 2 cm peripherwärts von der Tuberositas ossis radii fiel auf dem Skiagramm im Schattenbilde des Knochens eine ungefähr zwetschenkerngroße, längliche Stelle auf, welche deutlich heller als der übrige Knochen, aber auf beiden Längsseiten noch von normaler Knochensubstanz umgeben war. Auf Grund dieses Bildes wurde nunmehr definitiv die Diagnose Osteomyelitis radii gestellt und die Operation dringend empfohlen. Aus äußeren Gründen konnte dieselbe (Dr. Pinner) erst am 30. Juni 1899 vorgenommen werden. Es ist bemerkenswerth, dass die Zwischenzeit wieder größtentheils schmerzfrei war. Entsprechend dem Befunde bei der Röntgenuntersuchung wurde der Radius auf seiner äußeren Seite bloßgelegt. Die Muskulatur in den tieferen Schichten war etwas derber;

das Periost an dieser Stelle war verdickt, geröthet, locker und ließ sich leicht abheben; hierbei entleerte sich bereits ein Tropfen gelbweißer, milchiger Flüssigkeit, welche bei der Aufmeißelung des an dieser Stelle weichen Knochens zu Tage trat und einen mehr albuminösen als eitrigen Charakter hatte. Dieselbe konnte leider nicht bakteriologisch untersucht werden. Die kranke Knochenhöhle, welche ungefähr 2 cm lang war, war auf der ulnaren Seite nur von einer dünnen, gesunden Knochenlamelle begrenzt, so dass wohl in nicht zu langer Zeit auch hier ein Durchbruch zu erwarten gewesen wäre. Alles Kranke wurde mit dem Meißel und dem scharfen Löffel entfernt, die Wundhöhle drainirt und bis auf die Drainöffnung vernäht. Die Heilung erfolgte ohne jede Temperaturerhöhung und sonstige Störung; nach 14 Tagen konnte das Drainrohr entfernt, am 3. August der Pat. aus der Behandlung entlassen werden. Die Schwellung der Weichtheile war ganz zurückgegangen, eben so wie ihre Druckempfindlichkeit.

Wir haben es hier also mit einer hämatogenen Infektion des Radius zu thun, als deren Ausgangspunkt wohl mit Sicherheit die Furunkel im Nacken anzusehen sind. »Die so außerordentlich wichtige Frage, wesshalb tausend und abertausend Furunkel und ähnliche staphylomykotische und streptomykotische ‚Primäraffekte' lediglich einen unschuldigen örtlichen Herd darstellen, der ohne



weitere Schädigung des Körpers ausheilt, während an einen scheinbar ganz gleichen derartigen Herd sich eine schwere Allgemeininfektion mit Bildung metastatischer Eiterungen anschließt, ist vorläufig nur durch Spekulationen über das Verhältnis der Bakterien zu den Krankheiten im Allgemeinen zu beantworten« (Schuchardt, Deutsche Chirurgie: Krankheiten der Knochen und Gelenke p. 165).

Auch bei unserem Pat. gab keinerlei Komplikation einen Aufschluss hierüber: Die Furunkel gingen nicht besonders tief, noch hatten sie in der Fläche eine erhebliche Ausdehnung. Eine Verletzung des erkrankten Knochens, welche entsprechend den Ergebnissen mancher Experimente eine Prädisposition geschaffen hätte, war nicht nachzuweisen. Unser Kranker gebrauchte allerdings tagtäglich seinen rechten Arm am meisten von allen Gliedern, da er immer mehrere Stunden zu schreiben hatte. Ob vielleicht die hiermit verknüpfte relative Hyperämie als ein prädisponirendes Moment anzusehen ist, muss dahingestellt bleiben. Für diese Annahme wäre vielleicht der Umstand zu verwerthen, dass der Radius bei diesen Erkrankungen nach Haaga's Statistik erst an 4. Stelle steht und nur sehr wenig häufiger betroffen wird, als die am seltensten befallenen Fibula und Ulna (Schuchardt, l. c.).

Dass die Anschauungen über die Häufigkeit metastatischer Knocheneiterungen noch keineswegs einheitliche sind, zeigt eine neuerdings von J. Löwenstein pu-

blicirte Arbeit: »Über örtliche und metastatische Eiterungen des Knochenmarkes« (Diss., Dorpat 1899, bei C. Mattiesen. Referat in Schmidt's Jahrbüchern Bd. CCLXIV Hft. 10 p. 14). Löwenstein stellt in dieser unter Koch's Leitung angefertigten Dissertation folgende Sätze auf:

1) Embolisch, auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn eingeleitete Eiterungen des Knochenmarkes, nach Auffassungen der heutigen Zeit die häufigsten Markeiterungen, sind thatsächlich äußerst selten, ungefähr 1:300.

2) Die klinisch wichtigste und häufigste Art dieser Eiterung ist vielmehr die örtlich eingeleitete, die auf kürzestem Wege und ohne Vermittlung des Gefäßsystems auf den benachbarten Knochen übertragen wird.

Das Hauptinteresse unseres Falles liegt auf diagnostischem Gebiete und zwar deshalb, weil sowohl die Temperatursteigerung als die Allgemeinerscheinungen so außerordentlich gering waren, und die 1. Attacke in so kurzer Zeit überwunden wurde. Von ähnlichen Vorkommnissen wird zwar in der Litteratur mehrfach berichtet; sie sind aber doch Ausnahmen. Die Affektion blieb bei unserem Pat. über 4 Monate latent und »recidivirte« dann gewissermaßen. Auf diese Formen hat Volkmann zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt. An einer Stelle kann der Process sich rasch zum typischen Bilde der akuten Ostitis steigern, andere Herderkrankungen können erst nach Jahren wieder florid werden. Der Inhalt dieser Knochenabscesse kann mitunter, wie es in unserer Beobachtung zu konstatiren war, eine schleimige, albuminöse Veränderung erfahren ([illegible]ardt, l. c.).[5]

[illegible] hätten wohl noch eine kurze Spanne Zeit mit der Empfehlung der Ope[illegible]rtet, wenn nicht die Untersuchung mit Röntgenstrahlen glücklicher[illegible] diagnostischen Zweifel sofort beseitigt hätte. Da von derartigen [illegible]ktionen, auch noch nach längerer Zeit, Metastasen in anderen Organen ([illegible], Pleuritiden, Perikarditiden etc.) auftreten und das Leben ernstlich [illegible] können, so dürfte jedenfalls eine möglichst frühzeitige Anwendung [illegible]ensreichen Untersuchungsmethode dringend anzurathen sein.

---

29) **Mandowski.** Ein Krankenheber »Suspensor«.

(Ärztl. Polytechnik 1899. Juni.)

Ein mit festem Stoffe überspannter, viereckiger, in jede Bettstelle passender Rahmen ist an seinen 4 Ecken mit je einem Gurte versehen. Am Kopf- und Fußende des Bettes kann je eine Walze mit Kurbel befestigt werden, mittels deren man die Gurte aufwickelt; dabei hebt sich der Rahmen sammt Kranken in die Höhe. Eine Öffnung zur Defäkation in dem Stoffe ermöglicht letztere in unterzustellende Geschirre. Man kann das Bett ordnen und alsdann den Rahmen wieder herunterlassen. Der Apparat verdient wegen seiner Einfachheit und Billigkeit volle Anerkennung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

30) **E. Laplace.** Neue Anastomosiszange.

(E. Lentz & Co., Med.-polytechn. Union u. Philadelphia med. journ. 1898. Juni 9.)

Obige neue Zange besteht aus 2 Ringen, deren jeder in 2 Hälften zerlegbar ist; jede Hälfte besitzt einen langen Handgriff mit Crémaillèreverschluss, somit hätten wir 4 halbe Ringe und 4 lange Handgriffe daran, die alle in einem zerlegbaren Schlosse durch eine Klemme festgehalten werden. Nach Entfernung der Klemme kann man die Zange somit in 4 einzelne Theile aus einander nehmen. Führt man einen geschlossenen Ring in das eine, den anderen in das andere Magen- oder Darmende und schließt nun die Zange, so pressen sich die entsprechenden Serosae fest auf einander, und man kann nun sauber und schnell die Naht machen bis auf die kleine Öffnung, aus welcher der resp. die 4 Griffe herausragen. Entfernt man jetzt die Schlossklemme und nimmt jeden 4. Theil vorsichtig heraus, so bleiben da, wo der Griff saß, nur noch 1—2 Nähte zu machen übrig, und die Darmnaht ist fertig. — An der Diskussion (Amer. med. Assoc. Denver, Colorado)

betheiligten sich zahlreiche Ärzte, fast ausschließlich des Lobes über die geniale Konstruktion des Instrumentes voll. Die Ringe der Zange sind in 5 Größen angefertigt, rund oder oval. Die Tuttlinger Aktiengesellschaft für Feinmechanik fertigt das Instrument an. Zahlreiche illustrirte Abbildungen im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

31) **F. Bruck.** Gummiluftkissen für Krampfaderschmerzen.

(Ärztl. Polytechnik 1899. September.)

B. bedient sich schlaff mit Luft gefüllter Gummikissen verschiedener Form und Größe, welche mittels Bandagen auf die Varicen gebunden einen gleichförmigen Druck ausüben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

32) **J. Csillag.** Vier Fälle von extragenitalem weichem Schanker.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 3.)

Die extragenitalen weichen Schanker werden im Allgemeinen für ziemlich selten gehalten. Verf. glaubt, dass sie bei genauerer Untersuchung häufiger gefunden werden würden, weil er in kurzer Zeit 4 Fälle (alle an den Händen) beobachten und durch den Nachweis der Ducrey'schen Bacillen sicher stellen konnte. Klinisch boten die Beobachtungen nichts Besonderes (1mal Lymphangitis). Sorgfältige Behandlung der genitalen Ulcera (speciell mit Occlusivverband) schützt am besten vor solchen Autoinfektionen. **Jadassohn** (Bern).

33) **Simon.** Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax und Lymphangiektasie am linken Beine.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 2.)

Der in der Erb'schen Klinik beobachtete Fall dürfte ein Unikum sein.

Ein 20jähriger junger Mann erkrankte ohne nachweisbaren Anlass mit einer handtellergroßen, fluktuirenden Geschwulst an der Innenseite des linken Oberschenkels, die Lymphe enthielt. Die Schwellung dehnte sich in dem nächsten 1½ Jahre nach oben bis zum Poupart'schen Bande, nach unten bis zum Fußgelenke aus. Dazu gesellte sich rechtsseitiger Chylothorax. Aus letzterem wurden im Laufe von 2 Monaten mittels 11maliger Punktion 34 Liter, aus der Anschwellung des Oberschenkels mit 7 Punktionen 6 Liter chylöser Flüssigkeit entleert, welche auch etwas Zucker enthielt. Nirgends bestanden Lymphdrüsenschwellungen. Der Tod erfolgte an Erschöpfung unter septischen Erscheinungen.

Bei der Sektion fanden sich große kavernöse Lymphangiektasien des rechten Beines, die sich längs der Iliaca und Aorta bis zur Cysterna Chyli, von da ins Mediastinum und in die rechte Pleura fortsetzten. Auch nach der linken Pleura hin waren einige Ektasien vorhanden, was damit übereinstimmt, dass im Leben auch einmal eine geringe, auf Erguss deutende Dämpfung in der linken Pleurahöhle beobachtet worden war. Rechts fand sich reichlich, links spärlich chylöse Flüssigkeit. Der Ductus thoracicus war bis zu seiner Einmündung in die Vena subclavia vollständig durchgängig, aber durch die kolossalen ihn umgebenden Lymphgefäßkonvolute komprimirt. Dadurch war die Stauung bedingt, die zum Bersten der Lymphgefäße in der Pleura führte. Für den Beginn der Erkrankung am linken Oberschenkel und Fortsetzung des Processes nach oben spricht der Umstand, dass die 1. Probepunktion am Oberschenkel Lymphe ergab, und erst später, als die Erkrankung die Chylusgefäße erreicht hatte, Chylus auftrat.

Es handelte sich, abweichend von allen bisher beschriebenen Fällen von Chylothorax, also um eine reine, primäre Lymphgefäßerkrankung ohne Betheiligung der Drüsen. Auch abgesehen vom Chylothorax ist keine derartig ausgedehnte reine Lymphgefäßerkrankung beschrieben worden. **Haeckel** (Stettin).

34) **A. Lesniowski.** Verletzung des Ductus thoracicus.

(Medycyna 1899. No. 1—3.)

Zur Bereicherung der ziemlich spärlichen Kasuistik der Verletzungen des Ductus thoracicus tragen folgende 2 Fälle des Verf. bei:

Bei einer 30jährigen, mit zahlreichen Lymphdrüsengeschwülsten am Halse behafteten und bereits vor 2 Jahren wegen desselben Leidens einmal operirten Frau führte Verf. die Exstirpation der Drüsen aus. Die größten Schwierigkeiten bereitete die Entfernung der hinter dem Schlüsselbeine in narbigem Gewebe gelagerten Drüsen, wobei die V. jug. int. verletzt wurde. Außerdem wurde daselbst auch ein größeres Lymphgefäß, wahrscheinlich der Brustgang selbst, verletzt, was sich durch Überschwemmung des ganzen Operationsfeldes durch eine milchig trübe Flüssigkeit manifestirte. Das verletzte Gefäß konnte nicht gefunden werden, und so musste sich Verf. damit begnügen, durch Gazetamponade der Wunde die Beherrschung der Lymphorrhoe zu versuchen. Der Versuch gelang nur theilweise, da trotz Tamponade Lymphe fast 14 Tage lang zur Wunde hervorsickerte und sich an den Wundrändern als käseartiger Belag niederschlug. Der Allgemeinzustand der Pat. erlitt hierbei wesentliche Einbuße. Erst nach Ablauf des erwähnten Zeitraumes hörte die Lymphorrhoe auf, worauf die Wunde anstandslos heilte und Pat. sich rasch erholte.

Im 2. Falle wurde der Ductus thoracicus ebenfalls anlässlich einer Drüsenexstirpation über dem Schlüsselbeine verletzt, aber gleich in eine Klemme gefasst und unterbunden. Anstandslose Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

35) **K. Niedzielski.** Über Herzwunden.

(Kronika lekarska 1899. No. 2.)

Im Anschlusse an eine kompilatorische Arbeit über das Thema der Herzwunden erwähnt Verf. ganz flüchtig einer Stichverletzung des rechten Ventrikels bei einer 26jährigen Frau, welche von Kosiński mit Erfolg operirt wurde. Die Herzwunde wurde mittels 5 Nähten geschlossen. **Trzebicky** (Krakau).

36) **G. Templeton.** A case of axillary mamma.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 6.)

Eine 28jährige Frau kam 8 Monate nach der Geburt des 1. Kindes, das sie stillte, wegen einer Geschwulst der rechten Achselhöhle und ausstrahlender Schmerzen im Arme zur Beobachtung. Es handelte sich um eine schwammige, am Rande etwas gelappte Geschwulst von Walnussgröße hinter dem vorderen Axillarbogen am Pektoralisrande, beweglich, an einer Stelle mit der Haut verwachsen; hier war eine porenförmige Öffnung zu sehen, aus der sich bei Druck eine bläulichweiße wässrige Flüssigkeit in Tropfen entleerte. Mikroskopisch erwies sich die Flüssigkeit als Milch. Von der an normaler Stelle gelegenen rechten Brustdrüse war die Geschwulst völlig getrennt. Nach der Entwöhnung verschwanden die Schmerzen im Arme, die Schwellung der Achselhöhle verkleinerte sich beträchtlich, konnte aber auch dann noch deutlich gefühlt werden.

F. Krumm (Karlsruhe).

37) **V. Cornil** et **E. Schwartz.** Sur une tumeur du sein encapsulée à caractères cliniques bénins chez une femme de 75 ans.

(Revue de chir. 1899. No. 10.)

Die durch Operation entfernte Geschwulst war kuglig, völlig abgekapselt, unter der Haut verschieblich, mit der Brustwarze nicht verwachsen; die Achseldrüsen waren nicht vergrößert. Nach dem Befunde der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um ein Cylinderzellenepitheliom.

Kramer (Glogau).

38) **E. Maiss** (Dresden). Zur Plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 40.)

M. berichtet über 2 von Leopold nach der von Assaky (s. Referat dieses Blatt 1899 p. 679) beschriebenen, früher schon von Legueu empfohlenen und von F. Franke geübten Methode mit Erfolg operirter Brustkrebse, nach deren Operation der entstandene Defekt durch Verlagerung der gesunden Brustdrüse gedeckt wurde.

Kramer (Glogau).



39) Herzfeld. Zur chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 2.)

H. theilt die Erfahrungen Körte's auf diesem Gebiete mit, 32 Laparotomien an 29 Kranken. Das Alter schwankte zwischen 2 und 57 Jahren. Es genasen 18 = 62%, es starben 11, kürzere oder längere Zeit nach der Operation. Stets wurde mikroskopisch die Diagnose erhärtet. Von den Geheilten konnte bei je 1 nach 7 resp. 4 Jahren, bei je 3 nach $1^1/_2$, 1 und $^1/_2$ Jahre, bei den Übrigen nach kürzerer Zeit Wohlbefinden konstatirt werden. Besonders bemerkenswerth ist, dass 2 Kranke $4^1/_2$ Jahre resp. 8 Monate nach der Laparotomie an anderen Krankheiten starben und zur Sektion kamen, die vollständige Ausheilung des Processes auf dem Peritoneum ergab.

Es wurde in der Regel der Bauchschnitt in der Mittellinie gemacht, das Exsudat abgelassen, die Bauchhöhle ausgewischt und geschlossen. Auf Applikation von Antisepticis und Jodoform wird kein Werth gelegt.

In 3 Fällen wurde nach einigen Monaten die Laparotomie wiederholt, da sich neues Exsudat ansammelte. In allen 3 Fällen trat Heilung ein.

Haeckel (Stettin).

40) Hausmann. Verfahren zur Herstellung eines Bruchbandes, dessen Pelote genau den anatomischen Verhältnissen angepasst ist.

(Ärztl. Polytechnik 1899. Juni.)

Ein oval geformter Metallkasten mit Druckvorrichtung wird auf die Schenkel- oder Leistengegend aufgesetzt. In denselben kommt ein kleiner Beutel mit Gipspulver darin zu liegen, welcher nun fest gegen die Körperoberfläche angedrückt wird. Er giebt genau die Oberflächenverhältnisse wieder. Nach ihm wird nun ein Gipsnegativ und nach letzterem die Pelote für das Bruchband gemacht.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

41) H. Kronheimer. Spontane Magenfistel als Folge eines Ulcus ventriculi.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 437.)

Ein Fall aus Sonnenburg's Abtheilung im Berlin-Moabiter Krankenhause. Die 45jährige Pat., seit lange magengeschwürskrank, hatte an der ihr immer besonders schmerzhaften Stelle unter dem linken Rippenbogen eine harte Anschwellung bekommen, die spontan aufbrach und Sitz einer Mageninhalt austreten lassenden Fistel geworden war. Große Schwäche, starke Belästigungen durch den abfließenden ätzenden, scharfen Magensaft. Ein Operationsversuch, mittels dessen Resektion des Magengeschwürs beabsichtigt war, konnte wegen bedenklicher Narkosenstörung durch Irregularität von Puls und Athmung nicht vollendet werden, man musste sich mit Anlage einer Jejunumfistel begnügen. Tod nach 8 Tagen an Peritonitis. Bei der Sektion zeigte die Magen-Bauchwandfistel $4^1/_2$ cm Länge und 3 cm Breite. Das Geschwür, von dem sie herrührte, war von mächtigen Dimensionen und aus 2 Partien zusammengesetzt, deren eine, linksseitige, etwa 3markstückgroß und deren Grund vom Pankreas gebildet war. Die andere, rechtsseitige, über 5markstückgroß, entsprach einer vollständigen Perforation der gesammten Bauchdecken nebst Arrosion des Rippenknorpels der untersten Rippe.

Verf. berichtet, dass er in der Litteratur im Ganzen 70 Magen-Bauchwandfisteln beschrieben fand. Darunter befanden sich nur 15, die sicher als Folge eines runden Geschwürs anzusehen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 27. Januar.** **1900.**

Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.

Von

Dr. **Leopold Feilchenfeld** in Berlin.

Nachdem ich seit einer Reihe von Jahren auf die leichten, frühzeitigen Formen der Erschlaffung des Herzens[1] mein Augenmerk gerichtet habe, bin ich wiederholt in der Lage gewesen, zu beobachten, dass bei sonst völlig Gesunden Aufregungszustände, die mit Angstgefühlen, Herzklopfen und Pulsbeschleunigung einhergingen, äußerst günstig durch Darreichung von kleinen Dosen Strophanthus beeinflusst wurden. Ob diese Erscheinungen als rein nervöse oder als primäre

[1] Über die Erschlaffung des Herzens. Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 9.

Herzmuskelerschlaffung zu deuten sind, will ich hier unerörtert lassen. Sicher ist, dass sie bei Menschen mit schwachem Herzen häufiger auftreten. Solche Erregungen zeigen sich bei vielen Menschen vor jeder wichtigen Handlung, vor jedem für sie entscheidendem Ereignis. So z. B. bei Künstlern vor einem öffentlichen Auftreten, das ihnen Schwindelgefühle und ohnmachtähnliche Empfindungen verursacht, oder bei Personen, die einen Vortrag zu halten, ein Examen zu bestehen haben, wobei sie von großer Unruhe, von einer lähmungsartigen Schwäche befallen werden. In solchen Fällen habe ich von der angegebenen Behandlung eine vortreffliche Wirkung gesehen. Die Betreffenden, die früher bei ähnlichen Gelegenheiten ohne erheblichen Nutzen Bromsalze genommen hatten, erklärten mir auf das bestimmteste, dass sie nach dem Gebrauche von Strophanthus ihre Ruhe, ihre Sicherheit in vollkommenstem Maße wieder gewonnen hatten und keine der erwähnten Erregungserscheinungen empfanden.

Nun glaube ich mit Recht annehmen zu dürfen, dass für fast jeden Menschen, der sich einer größeren Operation unterzieht, Grund genug für eine heftige innere Erregung gegeben ist. Man kann sich leicht durch den bloßen Anblick der Pat. von ihrem blassen Aussehen, ihren geängstigten Mienen überzeugen. Die Nächte vor der Operation pflegen schlaflos verbracht zu werden, der Appetit ist gering und der Puls beschleunigt. Oft besteht eine hochgradige psychische Alteration, die sogar schon zum Selbstmord geführt hat.

Dass solchermaßen aufgeregte Menschen für die Narkose, namentlich länger dauernde, nicht besonders geeignet sind, liegt auf der Hand. Jedenfalls verdient dieser fast regelmäßig zu beobachtende Zustand mehr Beachtung als ein alter Herzfehler, der gut kompensirt ist. Daher möchte ich glauben, dass der absolut unschuldige Versuch allgemein gemacht werden sollte, an den beiden letzten Abenden vor der Operation, so wie am Morgen derselben direkt nach der letzten Mahlzeit je 5—6 Tropfen der Tinctura Strophanti den Pat. zu verabfolgen.

Die günstigen Resultate der bisherigen Versuche, die auf meine Anregung in einem hiesigen Krankenhause angestellt wurden, haben mich zu dieser kleinen Mittheilung ermuthigt.

---

1) **C. Stonham.** A manual of surgery.

London, **Maximilian & Co.,** 1899.

Dieses Buch stellt einen »Grundriss« der Chirurgie dar und wendet sich in erster Linie an die Studirenden der Medicin.

Der 1. Band enthält die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie und weicht in der Anordnung des Stoffes in mancher Hinsicht von den gebräuchlichen kurzgefassten deutschen Lehrbüchern ab. Das 1. Kapitel beschäftigt sich mit den verschiedenen Formen der Degeneration, der Atrophie und Hypertrophie, stets unter Hin-

weis auf die chirurgische Bedeutung dieser Zustände und auf ihre Behandlung. Gute Abbildungen, zum Theil den bekannten Lehrbüchern von Ziegler und Tillmanns entnommen, illustriren das Gesagte, eben so in den 4 folgenden Abschnitten über Cirkulationsstörungen und Entzündung, über Eiterung und Abscess, über Ulcerationen und endlich über Gangrän. In letzterem Kapitel vermisst Ref. einen ausdrücklichen Hinweis auf die so wichtige Karbolgangrän, eben so vermisst er unter den Erregern von Eiterung und Abscess den Typhusbacillus. Vor der Auskratzung von akuten infektiösen Abscessen, wie Bubonen, die S. empfiehlt, ist jedenfalls als vor einem unnützen und gefährlichen Eingriffe zu warnen. Bei chronischen, besonders tuberkulösen Abscessen macht S., so viel wie möglich, Gebrauch von der totalen Exstirpation, entweder in toto oder stückweise mit der Schere und nachfolgender Naht, für die Behandlung von nicht specifischen Ulcerationen und allen Arten von Gangrän hat er von der innerlichen Darreichung von Opium gute Erfolge gesehen. Bei chronischen Unterschenkelgeschwüren bewährte sich ihm ein Verfahren von Findlater, darin bestehend, dass ein Stück weitmaschigen, in Bor- oder Karbollösung getränkten Musselins bindenartig fest komprimirend um das Glied gewickelt und 14 Tage oder länger liegen gelassen wird; über dieses kommt eine 1—2mal täglich zu wechselnde Lintkompresse, in gleicher Weise angefeuchtet. Auch nach vorheriger Transplantation des Geschwürs soll dieser Verband sehr zweckmäßig sein.

Auf eine kurze Besprechung der wesentlichsten Thatsachen der Bakteriologie folgt in 4 Kapiteln eine ausführliche Darstellung der chirurgischen Infektionskrankheiten, wobei es besonders angenehm auffällt, dass Gonorrhoe und Syphilis zu diesen zugerechnet und nicht, von dem gemeinsamen Stamme der Chirurgie losgelöst, ausschließlich specialistischen Werken überlassen werden.

Die heroische Behandlung der Anthraxpustel mit Excision und Kauterisation hat sicher keinerlei Vorzüge, sondern nur Nachtheile gegenüber dem aus der v. Bergmann'schen und v. Bramann-schen Klinik mehrfach empfohlenen exspektativen Verfahren, das Verf. eben so wenig zu kennen scheint, wie die neueren Untersuchungen über den Erreger der Noma. — Die rigorose Isolirung von Erisypelkranken hält Ref. nach seinen Erfahrungen nicht für nöthig. — Erfreulich ist es, dass S. bei der Gonorrhoe alle abortiven und eingreifenden Kuren verwirft; er empfiehlt für das akute Stadium — abgesehen von den üblichen diätetischen Vorschriften — Ausspülungen mit warmem Wasser, erst nach Vorübergehen der stärksten Entzündungserscheinungen leicht adstringirende Injektionen bez. solche mit den neueren Silbersalzen Neisser's. — Der Wirkung des Tetanusantitoxins steht Verf. durchaus skeptisch gegenüber.

Es folgt eine alles Wesentliche enthaltende, mit guten, meist Ziegler's Lehrbuch entnommenen Abbildungen illustrirte Darstellung der allgemeinen Geschwulstlehre. Der Lehre von der traumatischen

Entstehung der Geschwülste steht S. ablehnend gegenüber, wenn er auch die Bedeutung chronischer lokaler Reize für die Ätiologie mancher Epitheliome anerkennt; die parasitäre Natur der Carcinome und Sarkome hält er, wenn sie auch einstweilen unbewiesen ist, aus klinischen Gründen für nicht unwahrscheinlich.

Den Schluss des 1. Bandes bildet ein 50 Seiten umfassendes Kapitel über Deformitäten. Die Zusammenstellung dieses Kapitels ist eine sehr auffallende: Spina bifida und Encephalocele, Lordose, Kyphose und Skoliose, Caput obstipum, Hasenscharte und Gaumenspalte. Klump-, Platt-, Spitz- und Hohlfuß, Genu varum und valgum, Hallux valgus, Hammerzehe und Unguis incarnatus, Syndaktylie, Polydaktylie und Dupuytren'sche Kontraktur, Hypo- und Epispadie, Urachusfistel und Ectopia vesicae, Atresia ani und angeborene sacrale Geschwülste — alle diese Zustände enthält das Kapitel in bunter Folge; dass dabei die Besprechung des einzelnen oft etwas knapp ausfällt, kann nicht überraschen!

Der 2. Band des Buches ist den Verletzungen gewidmet. Nach einer Darstellung der allgemeinen Grundsätze der Wundbehandlung werden die Vorgänge der Wundheilung, die Schussverletzungen, Verbrennung und Erfrierung, Verletzungen der Blutgefäße, der Knochen und Gelenke, Nerven, Muskeln und Sehnen, der oberen und unteren Extremität, einschließlich der Knochenbrüche und Verrenkungen und der Amputationen, die Verletzungen des Kopfes, der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, des Gesichtes und des Halses, des Auges, der Brust, des Bauches und Beckens und ihrer Eingeweide besprochen. Auffallenderweise steht Verf. hinsichtlich der Wundbehandlung noch vollkommen auf dem alten Standpunkte der feuchten Antisepsis und erwähnt nicht einmal die Methoden der modernen aseptischen Wundversorgung. Die Karbolsäure ist für ihn noch das Universalmittel, aseptische Wunden werden mit schwachen, inficirte mit 5%igen(!) Lösungen irrigirt, selbst die in strömendem Dampfe sterilisirten Verbandstoffe vor ihrer Applikation noch in letzterer Lösung ausgerungen. Das Operationsfeld wird mit Seife und heißer Karbollösung gewaschen, durch karbolisirte Tücher gegen die Umgebung abgeschlossen, kleine Wunden werden mit Salicylwatte und Kollodium zugeklebt, beginnende Phlegmonen mit heißen Borsäureumschlägen behandelt, bereits incidirte mit protrahirten antiseptischen Bädern oder permanenter antiseptischer Irrigation; für Brandwunden wird u. A. sogar noch Karbolöl empfohlen! Bei der Verbreitung, welche das Buch seiner Kürze und Übersichtlichkeit wegen bei den Studirenden zweifellos finden wird, ist dieser veraltete Standpunkt doppelt bedauerlich. Ein schlechter Rath ist es auch, Schusswunden mit dem Finger nach dem Geschosse zu durchsuchen, sicher noch verwerflicher, als die beliebte Sondenuntersuchung. — Bei den Schusswunden ist zwar das Lee-Metford- und Martini-Henry-Geschoss abgebildet und beschrieben, des Dum-dum-Geschosses und seiner deletären Wirkung dagegen keine

Erwähnung gethan. — Bei der Besprechung der Schädel- und Gehirntraumen ist die traumatische Epilepsie unberücksichtigt geblieben; vielleicht findet sie sich im 3. Bande, der noch nicht in Händen des Ref. ist. — Das Kapitel über die Verletzungen des Auges ist von Donald Gunn bearbeitet. Autorennamen finden sich nur sehr spärlich in dem Buche und sind dann meist englische. Wenn Ref. es auch für richtig hält, das Gedächtnis der Studirenden nicht mit allzuviel Namen zu belasten, so sollten denselben doch auch in einem kurzen Leitfaden wenigsten die Namen derjenigen Chirurgen begegnen, denen wir die Haupterrungenschaften und Fortschritte unseres Faches verdanken.

Die Ausstattung des Werkes ist gut, doch würde die Übersichtlichkeit größer sein, wenn die Autorennamen durch den Druck hervorgehoben waren. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

2) **Lehmann-Nitsche.** Beiträge zur prähistorischen Chirurgie.

Diss., Buenos Aires, **Fessel & Menge,** 1898.

Die vorliegende Arbeit sammelt die an in deutschen Museen vorhandenen bez. in Deutschland gefundenen Menschenknochen vorgeschichtlicher Zeit beobachteten pathologischen Veränderungen und fügt den bisher veröffentlichten Funden noch ein paar unbeschriebene des Wormser Museums bei. Für geheilte Traumen (Defekte, Frakturen) und Osteomyelitiden sind Beispiele bekannt. Sie lassen vermuthen, dass die Erkrankten vielfach Familienpflege und heilkundige Behandlung gefunden haben, dass man selbst in weit zurückliegender Zeit (5—7 Jahrhunderte p. C.) in deutschen Stämmen Knochenbrüche gut zu heilen verstand; sodann muss in der Vorzeit Arthritis deformans ein recht häufiges Übel gewesen sein (Beweis für das Alter ihrer Träger). Endlich sind auch rachitische Knochenveränderungen beschrieben. Eine weit verbreitete Operation war die Ausmeißelung rundlicher Knochenstücke aus dem Schädel (Trepanation). Sie dürfte wohl rituellen Zwecken gedient haben, da solcher Rondelle mehrere als Amulette gefunden wurden. **Christel** (Metz).

---

3) **Remedi.** Modificazioni della pressione sanguigna nelle operazioni che si praticano nelle cavità.

(Estratto degli Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Ser. IV. Vol. X.) Siena 1898.

Um die Schwankungen des Blutdruckes während der Operation an den großen Körperhöhlen, Kopf-, Brust- und Bauchhöhle, zu messen, experimentirte R. an Hunden in der Art, dass er durch ein in die Art. femoralis, einmal auch in die Art. carotis eingeführtes Quecksilbermanometer vor der Operation und in den verschiedenen Stadien derselben genaue Messungen vornahm, wobei er zu bemerkenswerthen Resultaten kam. Es zeigte sich nämlich, dass die Operation selbst — Trepanation mit Meißel oder Trepan, Pleuraeröffnung rechts oder

links, Laparotomien mit Pylorus- oder Darmresektion und Auswaschung der Bauchhöhle mit Flüssigkeiten von verschiedener Temperatur, — nur einen sehr geringen Einfluss auf den Blutdruck ausübten, der meist nur um wenige Millimeter Quecksilber dabei sank, dass vielmehr die starken Herabsetzungen des Blutdruckes hauptsächlich durch die Chloroformnarkose allein bedingt waren. Der Druck sank ohne Narkose nur um 2—8 mm Quecksilber, während er bei Anwendung der Narkose, auch wenn gar keine Operation dabei ausgeführt wurde, um 14—86 mm Quecksilber fiel. Verf. schließt daraus, dass die tiefen postoperativen Depressionen, die wir mit dem Namen des Chok oder Collaps bezeichnen, zum größten Theile durch Einwirkung des Chloroforms auf das vasomotorische Centrum hervorgerufen werden.

Sultan (Göttingen).

---

4) **A. Gońka.** Über Anästhesirung der Haut durch elektrische Ströme.

(Przegląd lekarski 1899. No. 40—42.)

Verf. war bemüht, auf experimentellem Wege die Frage zu lösen, in wie fern die Resorptionsfähigkeit der Haut für anästhesirende Mittel durch den elektrischen Strom gesteigert und bez. ob auf diesem Wege überhaupt eine lokale Anästhesie zu erzielen wäre. Die Versuche wurden sowohl am eigenen wie an fremden Vorderarmen angestellt. Zuerst überzeugte Verf. sich, dass durch den elektrischen Strom allein, entgegen der Ansicht von Neiswanger, keine lokale Anästhesie zu erzielen war. Hierauf wurden die Versuche derart angestellt, dass die zu untersuchende Körperstelle mit einem in Cocainlösung (hydrojodicum oder hydrochloricum) getränkten Lappen bedeckt und auf denselben dann die positive Elektrode aufgesetzt wurde, während die negative auf eine beliebige Stelle, zumeist auf den Nacken einwirkte. Der Grad der erzielten Anästhesie wurde mittels Frey's Ästhesiometer bestimmt. Die erreichte Anästhesie hängt nach den Versuchen des Verf. von der Stärke des angewendeten Stromes und dem Koncentrationsgrade der Cocainlösung ab, viel weniger von der Dauer der Applikation des Stromes.

Welchen Grad der Anästhesie dieses Verfahren zu erreichen gestattet, beweist folgendes Experiment: 4%ige Lösung von Cocainum hydrojodicum; ein Strom von 10 Milliampères wirkt durch 10 Minuten ein; ein tiefer Nadelstich wird gar nicht empfunden, eben so wenig wie die Berührung der Haut mit einem rothglühenden Glasstäbchen. Leider ist die Anästhesie nur von sehr kurzer Dauer, da sie 5 Minuten nach Aufhöhren des elektrischen Stromes zur Hälfte sinkt und nach 15 Minuten vollständig schwindet.

Trzebicky (Krakau).

---

5) **Bier.** Über verschiedene Methoden, künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzurufen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 48 u. 49.)

B. schildert in dem Aufsatze die Methoden, welche er zur Erzeugung der verschiedenen Arten von Hyperämie anwendet, mit den neuerdings gemachten Verbesserungen derselben. Zur Erzielung arterieller Hyperämie durch sehr heiße Luft benutzt B. nach Versuchen mit anderen Apparaten die von ihm schon früher beschriebenen Holzkästen, die bequem, sehr haltbar und billig herzustellen sind. Eine Reihe von Abbildungen ergänzen B.'s Erläuterungen über die Art der Anwendung dieser Kästen an den verschiedenen Gelenken; es muss desshalb auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Die Dauer der Applikation der Heißluftapparate beträgt bei einer Temperatur von 100° bis 150° C. täglich ca. 1 Stunde. Erfolgreich wirken sie bei chronischen, nicht tuberkulösen Gelenkleiden, und zwar besonders günstig bei Kombination mit Stauungshyperämie. Die nach letzterer zuweilen zurückbleibenden Ödeme schwinden unter heißer Luft meist rasch, wie überhaupt Ödeme durch letztere bei nicht zu langer Einwirkung günstig beeinflusst werden. — Die durch verdünnte Luft mittels Schröpfköpfen oder schröpfkopfähnlichen Apparaten erzeugte gemischte Hyperämie, welche je nach der Stärke ihrer Anwendung eine Mischung von arteriellem und venösem Blute bis zur schweren venösen Stauungshyperämie darstellt, hat B. gleichfalls bewährt gefunden; er hat zu ihrer Hervorrufung den Junod'schen Schröpfstiefel täglich 2—20 Minuten lang benutzt und verschiedene, bisher aber erfolgslos gebliebene Versuche machen lassen, nach seinem Principe wirkende Saugapparate herzustellen, die im Stande wären, große und unebene Körpertheile mit Sicherheit unter Hyperämie zu setzen. B. verspricht sich von solchen wirklich brauchbar gefertigten Apparaten für die Behandlung alter traumatischer, insbesondere Gelenkveränderungen etc. ganz außerordentliche Wirkungen, die in Folge der energischen Durchfluthung der erkrankten Theile mit Blut vor Allem auf starker Resorption beruhen.

Kramer (Glogau).

---

6) **G. Gottstein.** Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis. 2. und 3. Fortsetzung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

Verf. giebt Eingangs eine kurze Schilderung des bisherigen Standes der Händedesinfektionsfrage, schildert dann eingehend die eigene Untersuchungsmethodik (Fingereindruckverfahren, Benutzung von Agarplatten, Verwendung beider Hände als Einheit). Die Untersuchungen zerfallen in praktische, direkt im Anschlusse an die Operation vorgenommene, und theoretische. Geprüft wurde die in der v. Mikulicz'schen Klinik eingehaltene Händedesinfektion während des Wintersemesters 1896—1897 (Seife-Alkohol-Sublimatdesinfektion), des Wintersemesters 1897—1898 und des Sommersemesters 1898

(verbessertes Desinfektionsverfahren). Bei den theoretischen Versuchen wurden die Hände vorher mit Bac. prodigiosus inficirt. Die praktischen Versuche ergaben ungleich schlechtere Resultate als die meisten, von anderen Autoren angestellten Prüfungen, die Hände fanden sich in ca. $^3/_5$ der Fälle inficirt; wie sich ferner zeigte, sind manche Hände sehr leicht, andere schwer zu desinficiren, die rechte Hand ist leichter desinficirbar als die linke. Die Alkoholdesinfektion ist bis zu einem gewissen Grade eine Scheindesinfektion, da die Hände nach der Alkoholwaschung in $^1/_{10}$ der Fälle, nach der folgenden Waschung in der Desinfektionslösung dagegen in $^5/_{10}$ inficirt waren. Die theoretischen Versuche ergaben bedeutend bessere Resultate: es erwiesen sich die Hände hier nur halb so oft inficirt. Auch hierbei zeigte sich, dass die Alkoholdesinfektion nur eine Scheindesinfektion ist; die Abtropfmethode Döderlein's erwies sich für die Untersuchungen Verf.s als nicht geeignet. Die gesammten Resultate der praktischen und theoretischen Untersuchungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass die Hände nach völliger Desinfektion noch in ca. der Hälfte der Fälle inficirt sind.

Ein fernerer Abschnitt der G.'schen Arbeit beschäftigt sich mit der Frage nach der Bedeutung der Operationshandschuhe: Zunächst wurden sterilisirte Zwirnhandschuhe geprüft, und zwar mit folgendem Ergebnisse: trockene, sterilisirte Zwirnhandschuhe lassen bei künstlicher Infektion der Hände und nachheriger oberflächlicher Desinfektion keine Keime auf ihre Außenfläche durch. Feuchte lassen zwar Keime durch, jedoch ist ihre Zahl gegenüber den entblößten Händen geringer. Ein Schutz der Hände durch Vaselin, flüssiges Paraffin etc. gab keine Veränderung der Resultate. Während längerer Operationen ist es unbedingt nöthig, die Handschuhe des öftern zu wechseln, insbesondere wenn dieselben mit Blut durchtränkt sind. Während sich vor Beginn der Operationen die Hände nach vollendeter Desinfektion in ca. 50% inficirt erwiesen, zeigten sich am Schlusse der Operation die Handschuhe in 79,6%, die Hände in 86,8% inficirt. Bei aseptischen Operationen zeigten sich die behandschuhten Hände in 75,6%, die entblößten in 83,1% inficirt, bei Magen-Darmoperation waren die Handschuhe fast in der Hälfte der Fälle keimfrei, die entblößten Hände dagegen nur in einem einzigen Falle.

In weiteren, praktischen und theoretischen Versuchen mit Gummihandschuhen ergab sich, dass im Gegensatze zu den früheren Untersuchungen Döderlein's eine sichere Keimfreiheit der Hände nicht erreicht werden kann. Sind die Hände keimfrei, so folgt aus den Experimenten G.'s, dass die Keime entweder chemisch vernichtet oder mechanisch durch die Handschuhe festgehalten sind und darum nicht nachgewiesen werden können. Die Ansicht Döderlein's, dass die auf den Gummihandschuhen gefundenen Keime aus der Luft stammen, konnte G. nicht bestätigen; die sich auf den Trikothandschuhen vorfindenden Keime stammen einerseits von den Händen,

andererseits von der Haut des Operationsfeldes, drittens von kleinen Fehlern der Asepsis, nur zum kleinsten Theile aus der Luft.

Das Endresultat der umfangreichen Arbeit ist nach Verf., dass es nicht gelingt, die Hände sicher keimfrei zu machen, dass aber durch die Trikothandschuhe ein großer Theil der an den Händen haftenden Keime vom Operationsfelde ferngehalten wird (häufiges Wechseln der Handschuhe!). **Honsell** (Tübingen).

---

7) **Freeman.** Some experiments relating to sterilisation of the hands.

(Annals of surgery 1899. Oktober.)

Verf. kommt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen zu dem Resultate, dass die Hände nicht bakterienfrei gemacht werden können. Er empfiehlt sterilisirte Gummihandschuhe; auch Zwirnhandschuhe, wenn sie häufig gewechselt werden, sind empfehlenswerth.

W. Hirt (Breslau).

---

8) **A. S. Alexinski.** Über Spiritus- und Sodaverbände.

(Verhandlungen der Ärztegesellschaft in Jaroslaw 1899. [Russisch.])

A. wandte bei verschiedenen Wunden und Entzündungen des Zellgewebes hermetische Verbände mit Spiritus- und Sodakompressen an und fand, dass beide Mittel die Eiterung vermindern und völlig aufheben. Bei Verwendung des Spiritus (95—96%igen) trat oft gar keine Eiterung bei Panaritien, Mastitis oder Adenitis auf, oder aber man konnte sich mit kleinem Schnitte begnügen. Beide Mittel sind also besonders bei messerscheuen Ärzten angezeigt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **Rémy** und **Thérèse.** Sur quelques cas de gelures des membres et plus particulièrement sur leurs symptômes nerveux locaux.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1899. Hft. 2 u. 3.)

Durch Thierexperimente kamen die Verff. zu folgenden Ergebnissen: Die durch Frostwirkung hervorgerufene Segmentation des Myelins wird durch rasches Aufthauen nur vermehrt. Die Muskelfasern werden durch Erfrieren aufgetrieben, die Fibrillen werden undurchsichtig, sie zerfallen in Scheiben (Discs), die Kapillaren werden von Blut verstopft. Beim Aufthauen nehmen die Muskelelemente wieder nahezu normale Beschaffenheit an, doch bleiben die Stase und die intramuskulären Hämorrhagien zurück. Haufen von Blutkörperchen werden in den Interstitien gefunden.

An 15 klinischen Beobachtungen konnten die Verff., von denen R. Chirurg, T. Histologe ist, weitere interessante Erfahrungen über Erfrierungen machen. Besonders werthvoll sind die histologischen und die skiagraphischen Ergebnisse an erfrorenen Fingern

und erfrorenen Füßen. Die histologischen Veränderungen bestanden in Gerinnungen, Schädigung der Tunica interna und externa der Gefäße, Aufquellung und Entartung der Endothelien, interstitiellen Blutungen. Es handelt sich also um mechanische Cirkulationsstörungen und um Strukturveränderungen an der Gefäßwand selber. An den Nerven fanden die Autoren das umgebende Bindegewebe, Perineurium und die Nervenscheiden wenig verändert, wohl aber das Myelin. Die Erkrankung der Nerven stieg bei Erfrierung der Füße in manchen Fällen bis zum oberen Theile des Unterschenkels hinauf (aufsteigende Neuritis). Das Myelin wird körnig, fragmentirt sich, verschwindet schließlich. Der Achsencylinder ist Anfangs inmitten der gequollenen Zellen der Schwann'schen Scheide noch sichtbar, allmählich verschwindet auch er. An der Haut wird die Fortentwicklung der Epidermiszellen unterbrochen, die Haare fallen aus, die Schweißdrüsen sind der Sitz einer zweifachen Veränderung. Ihre Epithelien werden unförmig, erfüllen die Lichtung, es entwickelt sich eine Periadenitis. In dem Unterhautzellgewebe, im Unterhautfette und im Bindegewebe finden sich kleinzellige Herde theils mit, theils ohne Hämatoidin. Es kommt weiterhin zu einer hypertrophischen oder zu einer atrophischen Sklerose. Bei letzterer wird die Haut so durchscheinend, dass man die darunter liegenden Sehnen sehen kann. Bei diesem vorgeschrittenen Stadium kommt es dann auch zu Verwachsungen um die Sehnen, welche für die Funktion von verhängnisvoller Bedeutung sind.

Die histologische Untersuchung ergab eine gewisse Rarefikation in der Knochenstruktur erfrorener Gliedmaßen. Es stand desshalb zu erwarten, dass sich dies bei der Röntgendurchleuchtung kundgeben würde. Das ist leider nicht der Fall gewesen. Dagegen hat sich die Skiagraphie als werthvoll erwiesen zur Erkennung von abgelösten, aber noch nicht ausgestoßenen Sequestern, so wie zur Feststellung der Natur der zurückbleibenden Ankylosen. In der Regel sind dieselben Pseudoankylosen, bedingt durch krankhafte Veränderung der Weichtheile.

Von klinischen Erscheinungen ist hervorzuheben, dass die Erfrierung im Gegensatze zur Verbrennung sich durch Anästhesie einleitet, wesshalb der Erfrierende sich nicht gegen die Schädigung wehrt. Für ein späteres Stadium ist die konische Form des Stumpfes für Erfrierung typisch. Bei raschem Aufthauen schwellen die Glieder an, eine Folge der Gefäßrupturen und der interstitiellen Blutungen. Nicht immer ruft die Frostwirkung eine ausgesprochene Gangrän hervor, die sich dann durch eine entzündliche Zone gegen das gesunde Gewebe absetzt. Oft zeigt die erfrorene Gliedmaße nur eine leichte Röthe, und doch ist die Amputation in Folge der Abtödtung der Nerven völlig schmerzlos.

Was die Behandlung anbetrifft, so warnen die Verff. vor raschem Aufthauen erfrorener Glieder und empfehlen die frühzeitige Absetzung möglichst im Gesunden. Das Vorkommen tetanischer Erscheinungen

erwähnen sie nicht. Die Spontanheilung führt oft zu höchst unbrauchbaren Stümpfen. Auch bleiben dabei oft eine Reihe schwerer nervöser Störungen zurück, insbesondere reflektorische Kontrakturen der Gliedmaßen. Freilich ist es oft nicht leicht zu sagen, wo man amputiren soll, wenn auch histologisch die Endovaskulitis und die Myelinveränderung einen Anhalt giebt. Wenn man im Anästhetischen operire, so seien immer noch Nachoperationen nöthig. Bei alten Fällen ist oft eine schwere Neuritis eine unbesiegbare Komplikation, die nur durch weitgehende Amputation, durch operative Eingriffe am erkrankten Nerven selbst, besonders am Ischiadicus, bekämpft werden könne. **P. Stolper** (Breslau).

---

10) **Sluyts.** Recherches expérimentales sur les propriétés antiseptiques, communiquées aux urines par certains médicaments administrés par voie interne.

(Ann. de la soc. méd. chir. d'Anvers 1899. März.)

Nach zahlreichen Kulturversuchen mit Urin in sterilen Gefäßen, die er mit oder ohne Hinzusetzung von Medikamenten alsdann mit dem Bacill. aërogen., strept. pyogen., staphyloc. pyogen., Bac. Koch besäete, kommt S. zu dem Resultate, dass das Salol die hervorragendste Einwirkung auf die genannten, der Cystitis eigenthümlichen Mikroben hat. Dem entsprechend findet er, dass bei Cystitiskranken das Salol innerlich den Vorzug verdient. Die Medikamente, welche S. vergleichend prüfte, sind Terpentin, roh, dasselbe als Essenz, Copaiv, Kubeben, Santal, Borsäure, Kali chloricum und Natr. salicylic.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

11) **S. Grosglik.** Über den Werth des Urotropins bei infektiösen Krankheiten der Harnwege.

(Medycyna 1899. No. 42 u. 43.)

Verf.s äußerst gediegene Versuche und präcise Beobachtungen an großem Krankenmateriale ergaben folgende Resultate:

1) Es ist zum mindesten äußerst zweifelhaft, ob das Urotropin im Organismus eine Zersetzung erfährt, und wird dasselbe im Urin in vollständig unverändertem Zustande ausgeschieden.

2) Auf die im Harne befindlichen Mikroorganismen wirkt das Urotropin nicht tödtend. Auch seine entwicklungshemmende Wirkung ist nur von sehr kurzer Dauer. Das Mittel hat in dieser Beziehung vor Salol, salicylsaurem Natron und ähnlichen Mitteln gar keine Vorzüge.

3) Die Ansicht, dass infektiöse Affektionen der Harnwege durch Urotropin günstig beeinflusst werden, ist eine durchaus irrige.

Trzebicky (Krakau).



12) O. Stürk. Beiträge zur Pathologie der Schleimhaut der harnleitenden Wege.

(Beiträge zur pathol. Anatomie u. zur allgem. Pathologie Bd. XXVI. [Sonderabdruck.])

Zunächst berichtet Verf. über einen sehr seltenen und interessanten Fall von Papillomatose des Nierenbeckens, des Harnleiters und der Blase, zu dem er in der Litteratur nur 2 Analoga hat auffinden können. Es handelte sich um einen Kranken, welcher wegen eines Blasenpapilloms, das mit blumenkohlartigen, sulzigen Massen den ganzen Hohlraum anfüllte und mit einem bleistiftdicken Stiele an der hinteren Blasenwand haftete, in der Klinik Albert's in Wien operirt worden und im Collaps während der Operation plötzlich gestorben war. Bei der Sektion fand S. die linke Niere bis zu Mannskopfgröße hydronephrotisch erweitert und den dazu gehörigen Harnleiter bis zu Daumendicke vergrößert. Die Schleimhaut des Nierenbeckens und des Harnleiters war von einer milchweißen, aus flottirenden, dicht gedrängten papillären Zöttchen bestehenden Gewebsmasse bedeckt, welche die Lichtung der beiden Hohlgebilde vollständig ausfüllte und nach abwärts bis zum Orificium vesicale reichte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die papillären Bildungen streng auf die Schleimhaut beschränkt blieben und an keiner Stelle in das darunter gelegene Bindegewebe hineingewuchert waren. S. sieht den ganzen Process als eine ungewöhnliche Form chronisch entzündlicher Hyperplasie an und spricht mit Absicht von einer Papillomatose, nicht von multiplen Papillomen.

Den 2. Theil seiner Arbeit bildet die Follikel- und Cystchenbildung der Schleimhaut der harnleitenden Wege, welche in so fern auch chirurgisch nicht ohne Interesse ist, als diese Gebilde bei cystoskopischer Blasenuntersuchung zuweilen beobachtet werden und dann diagnostische Schwierigkeiten bereiten können. Es sind dies einerseits vom Oberflächenepithel gebildete Cystchen, andererseits follikelähnliche Bildungen des subepithelialen Gewebes. Von der ersteren, unter dem Namen der Cystitis cystica bekannten Gruppe hat Verf. eine größere Anzahl von Fällen zu untersuchen Gelegenheit gehabt und glaubt, ihre Entstehung auf vorangegangene entzündliche Veränderungen der Blasenschleimhaut mit Wahrscheinlichkeit zurückführen zu können. Er stellt sich den Vorgang so vor, dass einzelne Falten der Blasenschleimhaut, die bei bestehender Cystitis wegen der unvollständigen, weil schmerzhaften Blasenfüllung nicht ganz verstreichen werden, entweder als Schleimhautduplikaturen andauern oder mit einander verkleben werden und nun, sei es durch Sekretion, sei es durch centralen Zerfall, sich zu Cystchen umwandeln. Vielleicht spielen gonorrhoische Entzündungen dabei eine größere Rolle. In einem Falle meint Verf. die Entstehung eines Carcinoms der Blasenschleimhaut aus einer Cystitis cystica mit Bestimmtheit behaupten zu können.

Die von S. beobachteten follikelartigen Bildungen hatten nicht die Struktur von adenoidem Gewebe; er fasst sie als Rundzellen-

ansammlungen auf, ohne eine Erklärung dafür abgeben zu können, warum sie gerade in rundlicher Form und in ziemlich regelmäßiger Vertheilung auftreten.

Den Schluss der Arbeit bildet die Beschreibung einer eigenthümlichen Form des Blasenschleimhautödems, welches sich als eine »ödematöse Zottenbildung« bei Cystitis proliferans darstellt. Die Blasenschleimhaut ist in solchen Fällen mit zum Theil dünnstieligen, bis erbsengroßen, wasserhellen, blasenähnlichen Gebilden bedeckt, welche mikroskopisch das Bild mit geschichtetem Epithel überkleideter, gestielter Zotten zeigen, deren Stromamaschen durch eine das Bindegewebe durchtränkende Flüssigkeit ungeheuerlich erweitert und ausgezerrt sind. Verf. konnte die beschriebenen Veränderungen besonders in Kombination mit Uteruscarcinom beobachten und ist der Meinung, dass für die Entstehung der gestielten Gebilde die Ausbreitung der carcinomatösen Infiltration vielleicht als ausschlaggebendes Moment anzusehen ist, indem sämmtliche oder die allermeisten der in Betracht kommenden Lymphbahnen in Folge ihrer Anfüllung mit den Epithelmassen des Carcinoms ausgeschaltet sein müssten. In dem einen Falle war auf Grund des während des Lebens erhobenen cystoskopischen Befundes die Diagnose auf Papillom der Harnblase gestellt worden.

Sultan (Göttingen).

---

13) **J. Englisch.** Über Periurethritis.

(Wiener med. Presse 1899. No. 20 u. ff.)

Die Harnröhre wird durch die zwischen den absteigenden Scham- und aufsteigenden Sitzbeinästen sich ausbreitende fibröse Membran, die Fascia perinei propria, durch welche sie hindurchgeht, in eine äußere und innere Abtheilung getrennt. Um jeden dieser beiden Theile erstrecken sich von der Fascie ausgehende, bindegewebige Hüllen, welche Hohlräume einschließen, die wir als Cavum periurethrale externum und internum kennen. Die in diesen Räumen sich abspielenden Entzündungen sind es, welche Verf. an der Hand von zahlreichen Krankengeschichten eingehend bespricht. Aus der großen Anzahl der theilweise sehr werthvollen Einzelbeobachtungen, deren Aufzählung über den Rahmen eines Referates hinausgehen würde, mag nur erwähnt werden, dass die von den Schwellkörpern ausgehende, als *Cavernitis* bulbi bezeichnete Entzündung auffallenderweise zumeist Individuen betrifft, welche mit Tuberkulose behaftet waren. Die um den inneren Theil der Harnröhre sich entwickelnden Entzündungen können besonders bei jugendlichen Personen leicht auf den dünnwandigen Plexus periprostaticus s. Santorinianus übergreifen und durch Phlebitis zu allgemeiner Pyämie führen.

Dass die vom Verf. vielfach angewandten Verdeutschungen — z. B. Beckenbinde statt Fascia perinei — zum besseren Verständnis beitragen, kann nicht gerade behauptet werden.

Sultan (Göttingen).

---

14) R. Wolff. Über die bösartigen Geschwülste der Prostata, insbesondere über die Carcinome derselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 126.)

4 eigene Beobachtungen von Prostatacarcinom, von denen 2 früher publicirt wurden, 2 jetzt mitgetheilt werden, haben den Verf. zu obiger allgemein zusammenstellenden Arbeit angeregt. Die bösartigen Geschwülste der Prostata sind selten, das Sarkom noch seltener als das Carcinom.

Von ersterem fand W. in der Litteratur 20 Fälle, wo die Diagnose als sicher, und 7, bei denen sie als wahrscheinlich anzusehen ist. Mit Vorliebe war vom Sarkom das erste Kindesalter und das jugendliche Alter befallen. Der Verlauf der Krankheit ist ein äußerst schneller, nur nach Monaten zählend, selten ein Jahr lang während. Wachsthum dem entsprechend schnell und zu starken nach oben bis zum Nabel und unten am Damme auftretenden Geschwülsten führend, wobei diese gewöhnlich auf die Blase übergreifen. Symptomatisch treten Urinentleerungsschwierigkeiten in den Vordergrund, zu operativen Eingriffen eignet sich wegen des gewöhnlich vorhandenen Höhenwachsthumes der Geschwulst die Sectio alta besser als ein Dammschnitt.

Das Carcinom, von welchem W. 67 Fälle verwerthet hat, ist noch eingehender besprochen. Dasselbe ist vorwiegend eine Krankheit der späteren Jahre: 10 Kranke waren unter 50, 53 dagegen über 50 bis 90 Jahre alt. Die Krankheit, welche nicht selten eine bereits durch einfache Hypertrophie vergrößerte Prostata befällt, führt stets zu Vergrößerungen des Organes, wobei dasselbe bald eine glatte Oberfläche behält, bald aber eine gebuckelte Form annimmt, bald im Ganzen, bald nur in einzelnen Lappen anschwillt. Symptomatisch macht das Prostatacarcinom meist ähnliche Beschwerden, wie die gewöhnliche Hypertrophie, so dass es von letzterer schlecht aus einander zu halten ist, und seine Diagnose oft verfehlt wird. Differentialdiagnostisch ist hier zunächst die beträchtliche Größe der Anschwellung, faustgroß, doppeltfaustgroß, von Werth, für deren Nachweis unter Umständen bimanuelle Tastung in Narkose heranzuziehen ist, eben so wie zur Untersuchung auf metastatische retroperitoneale Drüsenschwellungen. Ferner ist die harte Konsistenz der Neubildung von Wichtigkeit. Als ein frühzeitiges Lokalsymptom beschreibt Guépin heftige Schmerzanfälle in der Prostatagegend, die durch Stauung des Prostatadrüsensekretes in Folge von Verlegung der Drüsenausführungskanäle durch die Geschwulstwucherung zu Stande kommen sollen. Auch soll man vom Mastdarme her tastbare Prostataknollen, die durch Sekretretention carcinöser Drüsen bedingt sein sollen, durch Druck mit dem tastenden Finger in die Harnröhre entleeren können, wodurch ein weißliches, eiterähnliches, oft blutig gestreiftes Sekret gewonnen wird. Bei Carcinom ist ferner der Katheterismus schmerzhaft, und ein Dauerkatheter wird meist schlecht oder gar nicht ver-

tragen. Mitunter werden statt Harnentleerungsstörungen Mastdarmkompressionserscheinungen ausgelöst, bisweilen bis zum Eintritte von Ileus, so dass schon Kolotomien desswegen erforderlich wurden. Andererseits aber fehlten manchmal sowohl Harn- wie Stuhlentleerungsbehinderungen. Von dem Weiterwachsen der Geschwulst werden nachbarschaftlich hauptsächlich die Samenbläschen und die Harnblase betroffen. Metastatisch werden die Lymphdrüsen des Beckens nebst den betreffenden Lymphgefäßen und das Knochensystem in den verschiedensten Regionen, zunächst aber am Becken, der Wirbelsäule, den Oberschenkeln befallen. Die erste Erkrankungsform ist von Guyon als Carcinose prostato-pelvienne diffuse, die 2. von v. Recklinghausen als Ostitis carcinomatosa diffusa eingehend beschrieben. Bei der Obduktion fällt eben so wie bei der klinischen Beobachtung die Unterscheidung zwischen Carcinom und gewöhnlicher Hypertrophie oft keineswegs leicht, und bedarf es vielmehr oft eingehender mikroskopischer Prüfung zu diesem Zwecke. Bald tritt die Krankheit als eine atypische Drüsenwucherung mit frühzeitiger Metastasenbildung auf, bald als eine ziemlich langsam verlaufende infiltrirende Krebsform, welche vom Anfangssitze aus das Beckenbindegewebe und die lymphatischen Organe befällt und durchsetzt. Ob künftighin die frühzeitige Diagnose der Krankheit sich vervollkommnen lassen und damit unter Ermöglichung einer erfolgreichen Frühradikaloperation die Prognose zu bessern sein wird, ist recht zweifelhaft.

An den Text seiner Arbeit fügt Verf. die Auszüge der von ihm benutzten Krankengeschichten, von denen 31 deutschen, 26 englischen und 10 französischen Ursprunges sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **M. Wolff.** Die Nierenresektion und ihre Folgen.

Berlin, **August Hirschwald,** 1900.

W. unterwirft in der vorliegenden, sehr reich mit Makro- und Mikrophotogrammen, so wie mikroskopischen Zeichnungen ausgestatteten Monographie die Nierenresektion und ihre Folgen einer erneuten experimentellen Bearbeitung. Er operirte an Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden und hat besonderen Werth darauf gelegt, die Thiere noch lange Zeit nach der Operation leben zu lassen, um einen genauen Einblick in die nach sehr ausgedehnten Nierenresektionen auftretenden bleibenden kompensatorischen Veränderungen an dem restirenden Parenchym zu gewinnen; jedoch sind auch die kürzere Zeit nach der Operation zu beobachtenden Vorgänge eingehend berücksichtigt. Die Thiere überstanden die meist sehr schweren Eingriffe — Exstirpation der einen Niere mit kurz vor- oder nachher unternommener, mehr oder weniger ausgedehnter Resektion der anderen — sehr gut.

Aus der Litteratur wird hauptsächlich die Arbeit von Barth berücksichtigt, und es will Ref. so scheinen, als ob in den wesent-

lichen Punkten zwischen Barth und W. eine erfreuliche Übereinstimmung herrsche, dass die Untersuchungsergebnisse Barth's durch die W.'s, welche übrigens schon vor der ersten Veröffentlichung Jenes begonnen waren, in willkommener Weise bestätigt und ergänzt werden. Die etwas verschiedenen Resultate sind auf eine verschiedene Versuchsanordnung zurückzuführen, wie das von W. auch selbst anerkannt wird. Aus den Schlussfolgerungen W.'s können hier nur die wesentlichsten herausgegriffen werden.

»Die aseptischen Nierenwunden zeigen bei den verschiedenen Thierspecies eine ausgezeichnete Heilungstendenz. An der Stelle des eigentlichen Wunddefektes kommt bald eine aus zellenreichem Bindegewebe bestehende Narbe zu Stande.

Die regenerativen Vorgänge im Läsionsbereiche kommen vorwiegend an den Epithelien der gewundenen Harnkanälchen und der Markstrahlen zur Beobachtung; Kerntheilungsfiguren haben wir vom 2. Tage ab nach der Resektion — früher wurden die Thiere nicht getödtet — im Läsionsgebiete konstatirt; wahrscheinlich stellen sich dieselben aber noch viel früher ein.

In einer geringen Anzahl von Harnkanälchen kommt es auf dem Wege karyokinetischer Theilung zur Neubildung eines typischen randständigen Epithelbesatzes an Stelle der zerstörten und abgestoßenen Epithelien; in einer viel größeren Anzahl von Harnkanälchen aber, und zwar besonders in den Rindenkanälchen aus den peripherischen Abschnitten der Läsionszone, geht die Epithelwucherung in excessiver Weise vor sich und führt zur prallen Ausfüllung der Harnkanälchen mit neugebildeten Elementen. Solche soliden Zellstränge haben wir wiederholt am 8., 14., 20. Tage nach der Resektion gesehen.

Die Wucherungsvorgänge an den Epithelien der Harnkanälchen im Resektionsgebiete gehen stets nur intrakanalikulär, innerhalb der alten, ursprünglichen Harnkanälchen vor sich. Eine Neubildung von Harnkanälchen und von Glomerulis als Ersatz für die im Läsionsbereiche zu Grunde gegangenen findet weder im Sinne von Pisenti aus dem Bindegewebe der Narbe durch Differenzirung junger Bindegewebszellen, noch im Sinne von Podwyssoski, Barth u. A. in Gestalt von epithelialen Auswüchsen aus den ursprünglichen Harnkanälchen in der Umgebung der Narbe statt.«

(Zu diesem letzteren Punkte hat Ref. zu bemerken, dass auch Barth die nach ihm spärliche Neubildung von Harnkanälchen in der Narbe für belanglos hält, dass also auch hier ein Unterschied von principieller Bedeutung zwischen Barth und W. nicht besteht.)

»Ein morphologischer oder funktioneller Ersatz für den durch die Resektion und ihre Folgen geschehenen Parenchymverlust kommt hiernach im Resektionsbereiche selbst nicht zu Stande. Außerhalb des Resektionsbereiches aber entsteht an den resecirten Nieren allmählich durch kompensatorische Vergrößerung ein ausreichender Ersatz.

Die durch ein- oder mehrmalige Resektion verstümmelten Nieren sind im Stande, nicht bloß in allen Fällen den Parenchymverlust in den resecirten Nieren überreichlich zu decken, sondern sogar noch die total exstirpirte andere Niere beinahe in allen Fällen vollkommen zu ersetzen.«

In letzterer Hinsicht hat wohl Barth, wie das aus den einwandsfreien Untersuchungen W.'s hervorgeht, die Leistungsfähigkeit eines Nierenrestes bei Fehlen der anderen Niere etwas unterschätzt. Darum behalten aber seine Untersuchungen doch ihren vollen Werth, in so fern als dadurch dargethan ist, dass bei intakter einer Niere in der Hauptsache diese die Funktionen der anderen durch Resektion verstümmelten übernimmt, während die kompensatorischen Vorgänge an dem Nierenreste verhältnismäßig geringe zu sein pflegen. Ein in dieser Weise von W. angestellter Versuch bestätigte die Angaben Barth's.

»Histologisch beruht die ausgleichende kompensatorische Größenzunahme der resecirten Nieren fast ausschließlich auf Vergrößerung (Hypertrophie), nicht auf Vermehrung (Hyperplasie) der specifischen Nierenelemente. Bei den Glomerulis und Harnkanälchen handelt es sich ausschließlich um Hypertrophie, bei den Epithelzellen um Hypertrophie, zugleich mit einer jedenfalls nur sehr unerheblichen Hyperplasie«.

In einem kürzeren zweiten Theile bespricht W. sodann die Frage der Anwendung der Nierenresektion beim Menschen an der Hand einer Zusammenstellung der einschlägigen Fälle aus der Litteratur. Die Zahl der Fälle ist aber noch eine so geringe, dass ein definitives Urtheil über die Zweckmäßigkeit jener Operationsmethode, welche jedenfalls für manche Nierenerkrankungen, bei denen sie die Exstirpation ersetzen soll, eine äußerst fragwürdige ist, vorläufig noch nicht gefällt werden kann. In Bezug auf die Heilresultate bei partieller Nierenresektion erhofft W. eine Besserung von einer weiteren Vervollkommung unserer die Niere betreffenden Untersuchungsmethoden.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

---

16) **Israel.** Über den Einfluss der Nierenspaltung auf akute und chronische Krankheitsprocesse des Nierenparenchyms.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

Diese sehr bemerkenswerthen und ein neues Gebiet in der Therapie der Nierenkrankeiten erschließenden Beobachtungen sind eine ausführliche Wiedergabe eines in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrages (cf. dieses Centralblatt 1899 p. 870). Besonders sind die 15 Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt, auf denen die Konstruktion des therapeutischen Eingreifens beruht.

Haeckel (Stettin).

---

17) **F. Wehrmann.** Beitrag zur Pathologie und Diagnose des Ren mobilis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 197.)

W. führt aus, dass außer dem Herabsinken in vertikaler Richtung, dem Descensus, der Wandernieren auch auf deren Lageveränderungen im Sinne einer Drehung um die Querachse des Organes zu achten sei. Diese Art von Lageveränderung führt zu einer Anteversion bezw. Anteflexion der Niere, wobei meistentheils der obere Nierenpol vornüber sinkt, und ist dieselbe bei geeigneter Untersuchungsmethode eben so sicher und häufig nachweisbar wie die einfache Dislokation nach unten. W. empfiehlt für diese Untersuchung so wie überhaupt für die Tastung der Wanderniere die Stellung des Pat. im Stehen, am besten so, dass der stehende Kranke von dem sitzenden Arzte zwischen die Knie festgeklemmt wird. In dieser Position gewinnt der Pat. ganz bedeutend an Halt und entspannt dem entsprechend seine Bauchmuskulatur. Die der Schwere folgende Wanderniere nimmt den tiefsten Verlagerungspunkt an, den sie überhaupt erreichen kann, wesshalb in dieser Stellung sofort ein Urtheil über die Schwere des Falles gefunden werden kann. Was nun die Anteversion der Niere betrifft, so findet, wie bereits von Landau und Küster beschrieben, schon bei jeder Inspiration durch die Abflachung des Zwerchfellgewölbes eine Neigung des oberen Nierenpoles nach vornüber statt. Ist nun, was zum Zustandekommen höherer Grade abnormer Nierenbeweglichkeit stets nothwendige Vorbedingung ist, eine Lockerung des bindegewebigen Nierenbettes eingetreten, so wird durch die bekannten mechanischen Momente, Schnüren etc., mit der Senkung der Niere auch eine stärkere Vorwärtsdrehung derselben eintreten, indem der hintere Leberrand den oberen Nierenpol von hinten fassen und nach vorn und unten herumhebeln wird. W. hat diese Querdrehung der Wanderniere in keinem seiner 25 eigenen Fälle vermisst. Die Größe der Drehung betrug 90—100°, so dass Nieren- und Körperlängsachse annähernd einen rechten Winkel bilden können. Diese Drehung bewirkt natürlich eine Torsion des Nierenstieles, und W. deutet an, dass letztere häufig die Schmerzhaftigkeit der Wanderniere — wenn die Nerven unter der Drehung leiden — und eine allsfallsige intermittirende Hydronephrose — wenn der Harnleiter geknickt wird — gut erklären können wird. Auch bei einer Sektion konnte W. die Anteversion der Wanderniere, auf welche übrigens schon Potain und Walther aufmerksam gemacht haben, nachweisen. Die Anteversion des unteren Nierenpoles ist ungleich seltener, W. konnte sie nur 2mal nachweisen. Nach P. Hertz muss man sich das Zustandekommen dieser Art von Lageveränderung derart entstehend denken, dass bei vorhandenem Schnürdrucke die Unterfläche der Leber den oberen Nierenpol nach hinten unten drückt, während gleichzeitig direkter Schnürdruck von hinten her den unteren Pol ganz nach vorn zu schieben strebt.

In einer Tabelle giebt W. die klinischen Daten seiner eigenen Beobachtungen, wobei in jedem Falle der Palpationsbefund im Liegen wie im Stehen aufgeführt ist. Mehrere beigegebene schematische Figuren erläutern die beschriebenen Lageveränderungen der Niere und die mechanischen Verhältnisse, welche dieselben veranlassen sollen. Die zum Gegenstande gehörige Litteratur ist angemessen berücksichtigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

18) **Albarran.** Nouveaux procédés d'exploration appliqués au diagnostic des calculs du rein.

(Ann. des malad des org. génito-urin. 1899. No. 7.)

Verf. bespricht die neuen diagnostischen Hilfsmittel zur Erkennung der Nephrolithiasis: die Phonendoskopie, den Harnleiterkatheterismus und die Skiagraphie.

Die Phonendoskopie ist von ihrem Erfinder Bianchi auch zum Nachweise von Nierensteinen versucht worden. Das Verfahren ist aber außerordentlich unsicher, es bedarf einer sehr großen Übung und Geschicklichkeit und ist nur in Ausnahmefällen anwendbar. Von viel größerer allgemeiner diagnostischer Bedeutung ist dagegen die Cystoskopie. Schon die einfache Besichtigung der Blasenmündungen der Harnleiter kann die manchmal so schwierige Frage entscheiden, welche Seite Sitz der Steinerkrankung ist. Die betr. Harnleitermündung ist dann häufig etwas geröthet und gewulstet. Auch die Beobachtung, in welchen Zwischenräumen der Urin ausgestoßen wird und wie er beschaffen ist, kann die Diagnose sichern. Von ganz besonderem Werthe ist aber die Cystoskopie desshalb, weil sie die Katheterisirung der Harnleiter ermöglicht, die uns in fast allen Fällen mehr oder weniger sichere diagnostische Merkmale verschafft. Vollkommen gesichert wird die Diagnose, wenn es gelingt, mit dem Harnleiterkatheter direkt das Konkrement zu berühren. Bei bestehender Cystitis muss man mit der Harnleiterkatheterisirung sehr vorsichtig sein, um eine Infektion der Niere zu vermeiden.

Von allergrößter Wichtigkeit für die Diagnose der Nierensteine ist die Skiagraphie. A. theilt folgende eigene Beobachtung mit: Bei einem 28jährigen Kranken, der schon seit langen Jahren an Urinbeschwerden litt, war das Vorhandensein von Konkrementen in der linken Niere ziemlich sicher. Durch die Skiagraphie wurde diese Annahme bestätigt, zugleich aber auch nachgewiesen, dass die rechte Niere ebenfalls ein Konkrement enthielt. A. machte zunächst die linksseitige Nephrolithotomie und entfernte 2 Phosphatsteine, die in Form und Größe mit den Röntgenbildern übereinstimmten.

A. zählt die bisher bei der Nephrolithiasis mit der Skiagraphie erzielten Erfolge auf und hebt hervor, dass die technischen Verbesserungen des Verfahrens namentlich darauf gerichtet sein müssen, die so häufigen Uratsteine sicher nachzuweisen.

P. Wagner (Leipzig).



19) **Annequin.** Considération sur le varicocèle et sur sa cure chirurgicale par un nouveau procédé de simple résection bilaterale du scrotum; résultats eloignés de ce mode de traitement.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1899. August-September.)

A. berechnet aus den Rekrutirungslisten von 1873—1895, dass unter den 7035238 Untersuchten 9448 = 1,34‰ wegen Varicocele als gänzlich dienstuntauglich, und noch 44719 als nur bedingt tauglich ausgemustert werden mussten. Doch scheint in den einzelnen Gegenden Frankreichs die Häufigkeit der Varicocele nicht gleich zu sein. Dagegen ist allerdings die Anzahl der später aus der Armee wegen Varicocele entlassenen Leute nur gering, etwa 27 im Jahre. Aber dies giebt auch nicht entfernt eine Vorstellung von der Zahl derjenigen Soldaten, welche von ihrem Krampfaderbruche belästigt werden. Häufig genügt ein Suspensorium nicht, um diese Beschwerden zu überwinden, und es liegt nahe, sie durch eine Operation zu beseitigen. Hierzu empfiehlt A. die Resektion des Hodensackes, welche mit Hilfe einer eigens dazu von Baïssas angegebenen Klammer sehr rasch und leicht ausgeführt werden kann. Diese Klammer ist bogenförmig und besteht aus 2 Stücken, zwischen denen das Scrotum eingeklemmt wird; eine Anzahl von Einschnitten an der Konvexität des Instrumentes ist zur Aufnahme der Nähte bestimmt, welche vor dem Abtragen der eingeklemmten Theile eingelegt werden; zuletzt werden die Nähte geknüpft. Diese Klammer ist bereits 140mal angewendet worden, ohne dass sich jemals ein Übelstand herausgestellt hat. Die unmittelbaren Folgen der Operation pflegen sehr gut zu sein, sowohl in kosmetischer als auch in funktioneller Hinsicht. Um den Erfolg auch später noch festzustellen, hat A. an die Operirten geschrieben und in Erfahrung gebracht, dass von 67, die er auftreiben konnte, 45 dauernd geheilt blieben, während 22 mehr oder weniger Beschwerden hatten, ein Erfolg, der im Ganzen doch nicht gerade sehr ermunternd ist; nur $^1/_3$ also scheint dauernd frei von Beschwerden. Für die Fälle, in denen Recidive eintreten, so wie überall da, wo mangelhafte Ausbildung der Venenklappen, so wie erhebliche Verdünnung der Scrotalhaut mit Atonie der Dartos und des Kremasters vorliegen, empfiehlt A. die Ligatur oder Resektion der Venae spermaticae hinzuzufügen, welche jedoch wegen des damit verbundenen Risikos immerhin auf die schwersten Fälle beschränkt bleiben muss. Jedenfalls hat die Redaktion des Archivs Recht, wenn sie vorläufig sich weder für die Operation an sich, noch für die Anwendung der Klammer im Besonderen sehr begeistern kann, wie in einer Endbemerkung hinzugefügt wird.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

20) **Tuffier.** De l'hystérectomie dans l'infection puerperale aigue.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 85 u. 86.)

T. hat 3mal den Uterus wegen puerperaler Sepsis exstirpirt; 1 Frau genas, 2 starben. Er präcisirt das Krankheitsbild, das zu dieser Operation führt, und das als reine Sepsis, ohne nachweisbare lokale Veränderungen auftritt. Als Sitz der Infektion nimmt T. in diesen Fällen die Muskulatur des Uterus an. Lokale Behandlung, wiederholte Ausschabungen und Ausspülungen des Uterus, subkutane Injektionen von künstlichem oder Antistreptokokkenserum müssen vorangegangen und erfolglos geblieben sein. Unter solchen Voraussetzungen ist die Operation berechtigt, eventuell indicirt.

In der Litteratur existiren bis jetzt 35 Fälle mit 15 Heilungen und 20 Todesfällen. Von 18 Laparotomirten genasen 13 und starben 5, von 10 vaginal Operirten wurden 4 geheilt und 6 starben. Trotzdem wird man für gewöhnlich den vaginalen Weg bevorzugen. Die Technik ist die gleiche, wie bei der gewöhnlichen Hysterektomie, besondere Beachtung erfordert nur die Weichheit des Uterusgewebes und die Blutstillung, die ja bei abnorm erweiterten Gefäßen und in inficirtem Gewebe stattfinden muss. **Jaffé** (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause in Kassel.)

Beitrag zur Darmnaht.

Von

Dr. **F. Kuhn**, dirigirendem Arzte.

Eine nicht unerhebliche Erleichterung bei der Anlegung der Darmnaht bietet folgende kleine, selbstschließende Klammer, die ich bis jetzt in der einschlägigen Fachlitteratur vermisse.

Im geringsten Falle ersetzt das kleine Instrument die Hand eines Assistenten. Wenn man es aber auszunutzen gelernt hat, leistet es mehr, indem es schon bei der Durchführung und dem Anziehen des Fadens mithilft, dann ihn aber selbstthätig festhält, ruhiger und zuverlässiger wie eine assistirende Hand.

Sobald nämlich bei der fortlaufenden Darmnaht die beiden zu vereinigenden Serosaflächen einander durch den durchgeführten Seidenfaden genähert sind, hält die in Frage stehende Klammer, zwischen deren Branchen wie zwischen denen einer Pincette man den Seidenfaden gleiten lässt, die gefasste Darmwand zurück und erlaubt so eine genaue Dosirung des Zuges und eine beliebige Annäherung der beiden Serosaflächen. Sobald aber der nothwendige und beabsichtigte Grad der Annäherung erreicht ist, genügt ein Nachlassen der selbstschließenden Klammer, um die innegehabte Lage und die Zugwirkung des Fadens in minutiösester Weise festzuhalten, so lange bis der folgende Fadenstich den eben vollendeten ablöst; dann übernimmt die Klammer, nachdem sie hier abgenommen, dieselbe Rolle an der neuen Durchtrittsstelle des Fadens.

Auf solche Weise gewinnt jeder einzelne Stich ganz bedeutend an Accuratesse und die ganze Naht an Sicherheit und Schlussfähigkeit, abgesehen davon, dass man sich die Ausführung erleichtert.

Begreiflicherweise wird man bei der Konstruktion einer solchen Klammer darauf bedacht sein, den fassenden Branchen eine thunlichst zweckentsprechende Form zu geben. Mir erscheint es am besten, wenn die beiden Branchen sich langsam verjüngen, um leicht aus der Fadenschlinge zu gleiten, ohne eine Lockerung des Fadens zu veranlassen. Je zierlicher ferner die Branche ist, desto weniger wird sie bei dem Fortgange der Naht im Wege sein: Der Querschnitt einer Branche ist ungefähr ein Halbkreis, so dass beide Branchen in geschlossenem Zustande einen runden Stab darstellen. Die zur Berührung kommenden Innenflächen sind etwas rauh, um leichter zu haften. Zähne sind als unzweckmäßig fortgelassen.

In dieser Form hat mir die beschriebene kleine Klammer bei der Darmnaht schon sehr gute Dienste gethan, namentlich bei beschränkter Assistenz.

Bezugsquelle: Evens & Pistor, Instrumentenfabrik, Kassel.

---

21) Bericht über das 25jährige Jubiläum der Gesellschaft der Ärzte der Königreiche Kroatien und Slavonien in Agram vom 19.—21. Oktober 1899.

(Liečnički viestnik 1899. No. 11 u. 12.)

Von den Vorträgen seien folgende, welche für den Chirurgen Interesse haben, hervorgehoben.

Ehrenmitglied E. Albert (Wien): Zur Lehre von der Architektur der menschlichen Knochen.

J. Preindlsberger (Sarajevo): Über Steinoperationen durch Nichtärzte.

Beide Vorträge wurden nachträglich auch in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien abgehalten, sind daher schon bekannt.

E. Šlajmer (Laibach): Zur Behandlung der Spina bifida mit besonderer Berücksichtigung der Heteroplastik.

Vortr. beleuchtet alle bei Spina bifida gebrauchten Behandlungsmethoden, berücksichtigt besonders alle modernen Arten der Auto- und Heteroplastik bei diesem Entwicklungsfehler und bringt 2 Fälle, wo er zur Deckung des Defektes die Heteroplastik mittels Celluloidplatten verwandte. Im 1. Falle, bei einem 1½-jährigen Kinde, handelte es sich um eine reine Meningocele in den unteren Lendenwirbeln; Heilung seit 3 Jahren ohne Zwischenfälle. Im 2. Falle, bei einem 6jährigen Kinde, war eine lumbale Spina bifida mit spastisch-paralytischem Gange, Blasen- und Mastdarmlähmung, Muskelatrophie der unteren Extremitäten und herabgesetzter Sensibilität vorhanden. Noch nach 2 Jahren besteht feste Heilung, die Blasen- und Mastdarmlähmung blieb unverändert, der Gang hat sich gebessert, geistig ist das Kind frischer.

Vortr. empfiehlt die Heteroplastik mit Celluloidplatten, die er auch sonst zur Deckung von Knochendefekten verwendet, führt aber auch noch einige Fälle an, um ihre Schattenseiten zu zeigen. In einem Falle eiterte nach 5 Jahren die Platte ohne nachweisbare Ursache aus; der Defekt wurde osteoplastisch gedeckt. Im 2. Falle wurde ein traumatischer Defekt am Schädel mit einer Celluloidplatte gedeckt. Nach 3 Monaten epileptische Anfälle mit Erhebungen der Platte. 1 Jahr nach der 1. Operation Entfernung der Platte und Verschluss nach Müller-König. Die Platte war in eine fibröse Hülle eingebettet, welche mit der Dura und dem Gehirne verwachsen war. Die epileptischen Anfälle besserten sich. Dieser Fall steht im Widerspruche mit dem Bemühen, auch bei genuiner Epilepsie labile Zustände herzustellen, damit die Umkleidung dem intrakraniellen Drucke nachgeben könne. Er beweist auch, dass die Annahme illusorisch sei, dass die Platte nicht mit dem Hirne verwachse; es geschieht dies zwar nicht direkt, aber durch die fibröse Kapsel, es findet also eine Verwachsung nach den Gesetzen der Einwachsung glatter Fremdkörper statt.

T. Wickerhauser (Agram): Einige Worte zur Abdominalchirurgie.

Vortr. bespricht seine Erfahrungen bei Laparotomien. Die Gastrostomien wurden ausschließlich wegen Carcinom ausgeführt, und zwar mit der Marwedel-schen Methode, welche W. als die beste und sicherste empfiehlt. Gastroenterostomien — schon seit längerer Zeit ausschließlich die G. antecolica — verbindet er mit Kapeller's Fixation der Schenkel; die Anastomose wird mit Kocher'scher Ringnaht in 3 Etagen (Schleimhaut und Seromuscularis und darüber eine Reihe Lembert'scher Nähte), nie mit Murphy's Knopf ausgeführt. Die antecolica erscheint dem Vortr. als die geeignetste und schnellste Methode; die Operation wird womöglich mit Schleich'scher Lokalanalgesie ausgeführt. In der Nachbehandlung empfiehlt W. strenge Individualisirung und ist in der Ernährung besonders vorsichtig, da er nach 14 Tagen eine Perforation erlebte. Dünndarmresektionen werden fast ausschließlich mit dem Murphyknopfe ausgeführt. Eine Ileostomie macht W., wenn das Hindernis nicht zu finden, oder wenn der Kranke für eine länger dauernde Operation zu schwach ist. Vortr. betont, dass der Ileus so früh wie möglich den Chirurgen verlangt. Kolostomien, außer bei Ileus, führte er bei Mastdarmcarcinomen, welche zur radikalen Operation nicht geeignet sind, oder als Voroperation aus. Bei Darmgeschwülsten wird die Exstirpation oder Ausschaltung ausgeführt. Bei Epityphlitis konnte W. meistens nur den Abscess drainiren, da ihm die Kranken im vorgeschrittenen Stadium zukamen. Bei Leber- und Gallenkrankheiten hatte er wenig Gelegenheit, einzugreifen. Bauchfelltuberkulose wurde mit einfacher Laparotomie behandelt; der Erfolg des Eingriffes war durchweg besonders gut.

Bei Uterusmyomen operirt W. meistens abdominal; soll der Uterus entfernt werden, so empfiehlt er die Doyen'sche Totalexstirpation oder die Chrobak-sche retroperitoneale Methode der supravaginalen Amputation. Retroperitoneal versorgt er den Stiel, wenn die Operation schnell beendet werden muss. Die Ovariotomie führt er folgendermaßen aus: Kurzer Bauchschnitt, Punktion, Stielunterbindung en masse und der einzelnen Gefäße. Intraligamentäre Cysten enukleirt er, vernäht das Bauchfell; große Höhlen drainirt er nach Mikulicz. W. hatte Gelegenheit, einige große bösartige Geschwülste mit bedeutendem Ascites erfolgreich zu operiren, empfiehlt daher in solchen Fällen die größten Eingriffe und den radikalsten Vorgang. Bei Pyosalpinx trachtet er die Geschwulst zu entfernen; ist dies nicht möglich, so drainirt er. Bei Extra-uterin-Gravidität soll man chirurgisch vorgehen bei Blutung in die freie Bauchhöhle. Bei Hämatocele entscheidet die Größe der Geschwulst bezw. die Anämie, Allgemeinzustand, Kompressionssymptome, Ruptur, Sepsis. Gewöhnlich genügt die Drainage nach Mikulicz; Vortr. empfiehlt keine großen Eingriffe.

Die Explorativlaparotomien sollen möglichst beschränkt werden, man soll vor der Operation Alles thun, um die Diagnose wenigstens annähernd festzustellen.

Die Drainage des Bauches (gewöhnlich nach Mikulicz) gebraucht W. nur, wenn Höhlen zurückbleiben; er sucht sie aber womöglich durch Peritonealplastiken zu umgehen. Bei allgemeiner Peritonitis empfiehlt er, den Bauch breit zu öffnen, das Exsudat herauszulassen und auszuwischen, alle Buchten mit Jodoformgaze zu drainiren.

Nach der Operation giebt W. schon am 1. Tage Klysmen, die durch Wasserresorption kräftigen, gleichzeitig durch Anregung der Peristaltik peritoneale Adhäsionen verhindern.

D. Schwarz (Agram): Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie des penetrirenden Magengeschwüres.

Zum Unterschiede von (in die Bauchhöhle) perforirenden unterscheidet S. das penetrirende Magengeschwür, welches in ein Nachbarorgan (Bauchdecken, Leber, Pankreas) eindringt. Bisher waren 10 solche penetrirende Geschwüre Gegenstand chirurgischer Intervention (9 in die Bauchdecken, 1 ins Pankreas), welchen S. 3 eigene zufügt (2 in die Leber, 1 in die Bauchdecken).

1) Bei Geschwüren, welche in die Bauchdecken vordringen, entwickelt sich allmählich bei an Magengeschwür leidenden Kranken in der linken Regio epi-

gastrica eine schmerzhafte, mit den Bauchdecken verwachsene Geschwulst. Damit werden die Schmerzen kontinuirlich und exacerbiren noch nach dem Essen. Die Therapie ist ausschließlich chirurgisch und besteht in segmentärer Resektion des kranken Magenabschnittes. Alle Fälle geheilt.

2) In der Litteratur ist noch kein Fall von chirurgischem Eingreifen bei in die Leber vorgedrungenen Magengeschwüren verzeichnet. In beiden Fällen S.'s handelte es sich um Weiber, welche schon seit Jahren an Geschwürssymptomen litten; die Schmerzen zeigten große Heftigkeit. Die Inspektion des Bauches ergab eine leichte Prominenz der linken Regio epigastrica, die Palpation eine erhöhte Spannung des linken M. rectus und unter demselben eine erhöhte Resistenz, welche dem linken Leberlappen entsprach. Aus der Kombination der Geschwürsanamnese und der Resistenz des linken Leberlappens schloss S. auf ein in die Leber eingedrungenes Geschwür der kleinen Curvatur und reflektorisch vermehrte Spannung des linken M. rectus. Die Therapie in beiden Fällen bestand in Ablösung von der Leber und Vernähung des Magens. Erfolg in einem Falle tadellos; im zweiten brachte weder diese Operation, noch die folgende Gastroenterostomie Besserung; erst eine interne Therapie nach Leube brachte Linderung.

M. v. Cačković (Agram) bringt eine Statistik über 40 Gastroenterostomien aus Wickerhauser's Abtheilung. Mortalität im Allgemeinen 13 = 32,5%. Gastroenterostomiae antecolicae 29 mit 6 Todesfällen = 20,7%, retrocolicae poster. 11 mit 7 Todesfällen = 63,6%. Wegen Geschwürsstenose wurden 23 Kranke operirt mit 6 Todesfällen = 26,1% (retrocolica 3 mit 3 Todesfällen, antecolica 20 mit 3 Todesfällen = 17,6%); wegen Carcinom 17 Operationen mit 7 Todesfällen (antecolica 9 mit 3 Todesfällen = 33,3%, retrocolica 8 mit 4 Todesfällen = 50%). Die retrocolicae stammen aus der früheren, die antecolicae aus neuerer Zeit; diesem Umstande misst Vortr. viel vom ungünstigeren Resultate bei den ersteren zu.

M. v. Cačković (Agram): Kasuistische Beiträge zur Hirnchirurgie.

a. Epilepsia Jacksoni. Tumor cerebri? Hemiparesis dextra. Beim 49jährigen Pat. traten vor 1½ Jahre plötzlich Krämpfe in den rechten Extremitäten ein, die sich immer mehr häuften und zuletzt auch auf die rechte Körperhälfte übergingen. Sprachstörungen traten nie auf. Pat. negirt jede Genitalaffektion.

Die rechte obere Extremität ist paretisch, zeigt trophische Veränderungen (glossy skin), Reste einer Stauungspapille. Bromtherapie so wie Traitement mixte erfolglos. Es wird ein Tumor im linken psychomotorischen Centrum angenommen und von Wickerhauser die temporäre Schädelresektion nach Wagner ausgeführt. Bei der Operation fand man die Dura stark gespannt, im Gehirne keine Abnormität. Reaktionslose Heilung; der Zustand bleibt unverändert.

b. Abscessus cerebelli post otitidem mediam. Die nach Influenza aufgetretene Otitis media perforat. hatte einen Kleinhirnabscess zur Folge, welcher durch Trepanation eröffnet wurde. Langsame Erholung, vollkommene Heilung.

c. und d. Komplicirte Frakturen des Stirnbeines mit Hirnverletzungen, welche durch Trepanation heilten. Im 1. Falle bestanden starke Aufregungszustände, welche erst einige Tage nach der Operation nachließen.

A. Müller (Agram): Warum müssen die Eckzähne erhalten werden?

Die Extraktion der Milchzähne hat tiefes Kauen zur Folge, die Vorderzähne werden schief gestellt, wodurch sich der Oberkiefer dem Unterkiefer so nähert, dass sich die bleibenden Zähne nicht so entwickeln können, wie sie sollten. Durch die Extraktion eines Milcheckzahnes kann auch der unter ihm sitzende bleibende extrahirt werden. Durch die unzweckmäßige Extraktion eines Eckzahnes entsteht eine gestörte Artikulation, wodurch sich die Zähne des Ober- und Unterkiefers unsymmetrisch heben und diejenigen, welche unter stärkerem Drucke stehen, an Pyorrhoea alveolaris erkranken. Wenn ein bleibender Eckzahn entfernt wird, schieben sich die anderen Zähne aus einander, zwischen denselben sammeln sich Speisereste an, welche die Entstehung von Caries begünstigen, wenn sie nicht entfernt werden. Bei Halslymphdrüsen ist es besser, die Zähne zu plombiren, als zu extrahiren. Die Eckzähne sind auch sehr wichtig bei Anbringung von Prothesen, Obturatoren, Schienen bei Behandlung von Kieferfrakturen.

O. v. Hovorka (Jeslić): Ein Fall von Meckel'schem Divertikel.

Bei einer wegen Massenreposition eines Leistenbruches von Wickerhauser ausgeführten Laparotomie wurde ein 8 cm langer und 3,5 cm breiter Meckel'scher Fortsatz gefunden, welcher auf die Incarceration keinen Einfluss hatte.

K. Mladenović (N. Gradiška): Eine crurale Hernie von ungewöhnlicher Größe.

Die kopfgroße Hernie verursachte keine Incarcerationszeichen, im Gegentheile hatte die kollabirte Pat. blutige Diarrhöe. Tod im Collaps. Bei der Sektion fand man in der Hernie fast den ganzen Darm und eine Torsion des Inhaltes. Die blutigen Stühle erklärt M. durch die Stase, doch ist eine innere Incarceration oder Kombination beider Zufälle nicht ausgeschlossen.

E. Šlajmer (Laibach) demonstrirt:

1) einen Cylinder einer gewöhnlichen Petroleumlampe, durch Köliotomie aus dem Mastdarme eines schwachsinnigen Pat. entfernt.

2) einen Fall von Ruptur des Perikards bei einem Pat., welcher durch Fall aus 5 m Höhe außer der angeführten Verletzung eine Fraktur des Beckens und eines Schenkels, eine Ruptur der Blase und Infraktion des Brustbeines erlitt. Die zerrissene Blase wurde aufgesucht und drainirt. Ungewöhnlich war es in diesem Falle, dass der Puls fortwährend wechselte: bald war er normal und kräftig, bald darauf schwach und kaum fühlbar. Tod bald nach der Operation. Bei der Sektion fand man das Perikard im größten Theile der vorderen Fläche zerrissen. Š. ist geneigt, den Charakter des Pulses mit der Verletzung in Verbindung zu bringen.

L. Glück (Sarajevo): Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Spätsyphilis.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt G. zu folgenden Endresultaten: 1) Spätsyphilitische Affekte entwickeln sich aus langjährigen Spuren der frühen Periode, wo die specifischen Krankheitserreger wegen der Veränderungen, die in der chemischen Konstitution des Zellkörpers stattgehabt haben, zu Grunde gegangen sind. 2) Je mehr solche Spuren zurückbleiben, desto glaubwürdiger ist die Entwicklung des Tertianismus. 3) Den Anstoß zu spätsyphilitischen Produkten geben äußere oder innere Reize. 4) Keine oder eine schwache Behandlung der Frühsyphilis zieht die Folge nach sich, dass im Körper größere oder kleinere Rundzelleninfiltrate zurückbleiben, auch dann noch, wenn die klinischen Symptome verschwinden. Die Häufigkeit des Tertianismus steht im umgekehrten Verhältnisse zur Stärke der Behandlung der Frühsyphilis. 5) Wird der Kranke im Frühstadium rationell mit Quecksilber behandelt, so kann man annehmen, dass er sich vorm Tertianismus schützen wird. 6) Die lokale Behandlung darf neben der allgemeinen nicht vernachlässigt werden; denn durch dieselbe verschwindet ein großer Theil der Erscheinungen und die anatomischen Veränderungen, welche die Grundlage dieser Erscheinungen sind.

G. Kobler (Sarajevo): Über hysterisches Fieber.

Zuerst kritisirt K. die unlängst von Heubner veröffentlichten Fälle von »Fieber unklaren Ursprunges«, kommt zum Resultate, dass gerade diese das Recht geben, den Bestand des hysterischen Fiebers anzunehmen und führt einen ganz prägnanten Fall Dippe's an. Zum Schlusse bringt er 2 eigene Fälle: 1) Bei einem Pat. trat jeden Abend Schmerz in der ileocoecalen Gegend und Fieber (bis zu 41°) auf; das Fieber und der Schmerz hörten plötzlich auf, als dem Pat. mit einer Operation gedroht wurde. Im 2. Falle trat neben theilweiser Bewusstlosigkeit, Aussetzen der Athmung, Zittern, Opisthotonus, eine Temperaturerhöhung bis zu 42° auf; der Puls zeigte dabei 72 Schläge in der Minute. Durch Androhung eines kalten Bades wurden die Anfälle cessirt. K. ist überzeugt, dass es ein hysterisches Fieber gebe, welches oft mit Schmerzen in den Bauchorganen verbunden ist; doch können dabei auch alle anderen Symptome der polymorphen Hysterie auftreten.



J. Kosirnik (Agram): Die Erfolge der Serumbehandlung der Diphtherie im Krankenhause der barmherzigen Schwestern in Agram.

In der Vorserumperiode 208 Kranke mit 33,6% Mortalität, in der Serumperiode 324 Kranke mit 14% Mortalität. Angewendet wird ausschließlich Paltauf's Serum; es werden nach der Schwere des Falles 1000—1500 Einheiten injicirt; wendet sich der Fall nach 24 Stunden nicht zum Bessern, so kommt nochmals dieselbe Quantität zur Anwendung. K. kommt zu folgenden Resultaten: 1) Das Serum ist ein specifisches Mittel gegen Diphtherie; 2) die Behandlung muss möglichst früh beginnen, und 3) es muss eine genügende Quantität injicirt werden.

M. v. Cačković (Agram): Die Tracheotomien bei Diphtherie im Krankenhause der barmherzigen Schwestern in Agram.

Von 327 Kranken wurden 58 (17,8%) tracheotomirt mit 20 Todesfällen (34,48%), nach Abzug der (5) Moribunden 15 (27,24%). Von den Kranken bis zum vollendeten 2. Jahre starben 13 (50%), nach dem 2. Jahre 7 (21,87%). In der Behandlung der diphtherischen Stenose giebt v. C. entschieden der Tracheotomie den Vorzug und sieht die Intubation als vorbereitende Operation dort an, wo der Kehlkopfschnitt unter ungünstigen äußeren Verhältnissen ausgeführt werden müsste. Das tracheotomirte Kind kann zur Pflege jeder intelligenten Person überlassen werden, während das intubirte fast ständig unter ärztlicher Aufsicht stehen muss. Bei der Tracheotomie ist die Ventilation der Lungen viel besser, die Expektoration leichter, die Ernährung bietet keine Gefahren, die Operation kann immer ausgeführt werden. Vortr. empfiehlt die frühe Tracheotomie, da die Prognose derselben unvergleichlich besser ist, als die der Operation im letzten Augenblicke. Der Erfolg ist desto besser, je kürzer die Krankheit dauert und je größer das Kind ist; vor dem 1. Jahre tracheotomirt er principiell nicht, außer bei sehr entwickelten Kindern. Die Tracheotomie empfiehlt v. C. so auszuführen, dass nur die Haut und Fascie durchschnitten, weiter aber mit Haken gearbeitet wird. Die Unterbindung der blutenden Gefäße ist nur ein unnützer Zeitverlust, da jede venöse Blutung, die ja hauptsächlich in Betracht kommt, während der Operation durch kräftiges Auseinanderziehen mit Haken, später durch Tamponade gestillt werden kann.

v. Cačković (Agram).

---

22) E. Payr. Melanom des Penis. Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentgeschwülste.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 221.)

Der der Grazer Klinik zugehörige Fall betrifft einen 63jährigen Mann, der vor 2 Jahren vorn an der Eichel eine keine Beschwerden machende, erbsengroße Warze bemerkt hatte. Dieselbe wurde exstirpirt, recidivirte aber binnen 1/2 Jahre in Gestalt einer nun schwarz pigmentirten Geschwulst, die sich rasch knollenförmig auf der Eichel ausbreitete und durch Kompression der Harnröhre zu Harnretention Anlass gab. Zur Zeit der Aufnahme bestanden bereits Leistendrüsenmetastasen. Es wurde der Penis amputirt und die kranken Drüsen ausgeräumt, wobei linkerseits sich ein Einwachsen der Geschwulst in die Vena saphena vorfand und letztere darum resecirt wurde. Die Wunden heilten gut, doch wurde Pat. noch im Spitale ikterisch und zeigte Leberanschwellung. Er ist 4 Monate nach seiner Entlassung zu Hause unter den Erscheinungen ausgedehnter Leber- und Lungenmetastasen zu Grunde gegangen.

P. hält seinen Fall für den 4. bislang beobachteten von pigmentirtem Penissarkom. Von Interesse ist seine histologische Würdigung des Präparates. P. tritt völlig den von Ribbert über die Genese der Pigmentgeschwülste aufgestellten Lehren bei. Danach entstehen alle solche Neubildungen durch Wucherung der normalerweise nur in der Haut und in dem Auge vorkommenden sternförmigen, oft vielfach verästelten Pigmentzellen, der sogenannten Chromatophoren; es sind also Pigmentzellengeschwülste, »Chromatophorome«; ihre Einreihung unter die Sarkome im allgemeinen Sinne stößt auf Schwierigkeit. Die histologischen Präparate von P.'s Geschwulst zeigen diese charakteristischen Chromatophoren ganz



deutlich. Hervorzuheben ist ferner in chemischer Hinsicht, dass das Geschwulstpigment bei verschiedenen mikrochemischen Reaktionsproben sich als nicht eisenhaltig erwies. In vereinzelten Stellen, wo eine Eisenreaktion sich fand, also das Pigment als ein hämatogenes aufzufassen ist, sind kleine, ins Gewebe der Geschwulst stattgehabte Blutungen anzunehmen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **P. Nogues et M. Wassermann.** Infection uréthro-prostatique due à un micro-organisme particulier.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1899. No. 7.)

Bei einem 42jährigen Kranken mit Urethro-Prostatitis haben die Verff. als Ursache der Infektion einen Diplococcus gefunden, der sich nach der Methode von Gram entfärbt und mit dem Gonococcus zahlreiche Ähnlichkeiten hat, sich aber bezüglich seiner Kulturen von diesem unterscheidet. Die Verff. vertreten ganz energisch die Anschauung, dass der Gonococcus eine »besondere Individualität« hat und immer von ähnlichen Formen unterschieden werden kann, und dass nichts die Annahme eines Pseudogonococcus rechtfertigt.

P. Wagner (Leipzig).

24) **Kapsammer.** Über primäre Prostatatuberkulose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 42.)

Während in den Handbüchern von Socin und Thompson noch vor 6 Jahren die Prostatatuberkulose als eine sehr seltene Erkrankung hingestellt wurde, geht aus den neueren Zusammenstellungen von Simmonds, Oppenheim, Marwedel u. A. hervor, dass die Prostata bei der nicht so seltenen Urogenitaltuberkulose in der Regel miterkrankt ist. Auch das primäre Auftreten der Tuberkulose in der Vorsteherdrüse ist durch diese Mittheilungen über alle Zweifel erhaben. Allerdings sind Fälle von isolirter primärer Prostatatuberkulose wohl ganz besondere Raritäten auf dem Secirtische, wo ja das Vorkommen derselben erhärtet werden muss. Denn die Diagnose des Klinikers allein mag Zweiflern immer Einwände offen lassen.

Verf. vermehrt die Kasuistik um 3 einschlägige interessante Fälle, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden mögen.

In allen mitgetheilten Fällen brach der Prostataabscess in Mastdarm und Harnröhre durch; in keinem Falle wurden blutige Samenergüsse oder Hämaturie im Anfange der Krankheit beobachtet. In der einen Beobachtung bedingte der Prostataabscess keinerlei Störungen des Miktions-, Defäkations- und Ejakulationsakten.

Bezüglich der Ätiologie nimmt K. an, dass es sich bei allen dreien (2 gelangten zur Obduktion) um die primäre Ansiedlung von im Blute kreisenden Tuberkelbacillen in der durch äußere Schädlichkeiten (Onanie, Gonorrhoe etc.) einen Locus minoris resistentiae bildenden Prostata gehandelt habe. Wenn auf dem Wege des Coïtus eine tuberkulöse Infektion des männlichen Genitales stattfinde, so sei es nur denkbar, dass die primäre Affektion im Bereiche des Penis stattfindet, und dass die Prostata erst sekundär erkrankt.

Bezüglich der Therapie habe man den Durchbruch in den Mastdarm, wo es noch möglich ist, zu verhüten durch Eröffnung des Abscesses vom Damme mittels des Zuckerkandl'schen Pararectalschnittes. Verf. bevorzugt Guajakolinstillationen in die Abscesshöhle vor der Jodoformemulsion. **Hübener** (Dresden).

25) **A. Redi** (Florenz). Una speciale indicazione alla resezione dei canali deferenti nei prostatici.

(Clinica chirurgica 1898. No. 12.)

R. theilt einen Fall von erfolgreicher Resektion der Vasa deferentia bei einem Prostatiker mit, der dadurch besonders bemerkenswerth erscheint, dass wenige Tage vor der Operation eine linksseitige, anscheinend eitrige Epididymitis das

Krankheitsbild komplicirte. Gerade auf diese letztere war die Operation von überraschendem Erfolge: schon am 3. Tage Abschwellung und Schmerzlosigkeit, am 5. normales Volumen. Zur Vorsicht waren die Stümpfe des Vas deferens sin. nicht versenkt, sondern in die Haut fixirt worden.

R. möchte demnach Orchitis und Epididymitis der Prostatiker unter die Indikationen zur Resektion der Vasa deferentia einreihen.

J. Sternberg (Wien).

26) **L. Szuman.** Bemerkungen zur Behandlung der mit Prostatahypertrophie verbundenen Harnbeschwerden.

(Nowiny lekarskie 1899. No. 2 u. 3.)

Verf. hat die Resektion der Vasa deferentia bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse 5mal ausgeführt und hiermit 3mal günstigen Erfolg erzielt; 2mal blieb derselbe vollständig aus. Gegen die Anschwellungen der Vorsteherdrüse empfiehlt Verf. in letzterer Zeit mit sehr gutem Erfolge Eiswasserirrigationen des Mastdarmes.

Trzebicky (Krakau).

27) **E. Supiński.** Ein operativ behandelter Fall von Blasenhämorrhagie.

(Medycyna 1899. No. 35.)

Ein 60jähriger, rüstiger Mann verspürte nach einer starken physischen Anstrengung einen heftigen Schmerz in der Blase, und gleichzeitig stellte sich lästiger Harndrang ein, ohne dass Pat., welcher bisher stets sehr leicht urinirt hatte, den Urin lassen konnte. Mittels Metallkatheters gelangte man sehr leicht in die Blase. Urin kam jedoch nicht zum Vorschein, da das Instrument durch Blutgerinnsel vollständig verstopft wurde.

Die vom Ref. vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund. Symptome akuter Anämie, Arteriosklerose, Blase stark ausgedehnt, empfindlich, Prostata, so weit durch Digitaluntersuchung zu konstatiren war, nicht vergrößert. Da der Katheterismus ebenfalls erfolglos versucht wurde, führte Ref. den hohen Blasenschnitt aus, wobei etwa 2 kg Blutgerinnsel aus der Blase entfernt wurden. Die Digitaluntersuchung der Blase ergab in der Wand derselben das Vorhandensein von sklerotischen Arterien, welche durch die Schleimhaut hindurch als harte Stränge fühlbar waren. Der postoperative Verlauf war ein ganz glatter.

Trzebicky (Krakau).

28) **P. Geiss.** 18 Jahre Nierenchirurgie.

Marburg, **A. G. Elwert,** 1900. 115 S.

In der vorliegenden Monographie hat Verf., der Volontärarzt an der Marburger chirurg. Klinik ist, die chirurgischen Nierenkrankheiten bearbeitet, die während eines Zeitraumes von 18 Jahren im Berliner Augusta-Hospital, in der Marburger chirurg. Klinik und in der Privatpraxis von Küster zur Beobachtung gelangten. Verf. vertritt natürlich voll und ganz die Anschauungen seines Lehrers Küster, Anschauungen, die wohl alle Anhänger einer konservativen Nierenchirurgie gut heißen werden.

Das gesammte der Arbeit zu Grunde liegende Material umfasst 214 Operationen, die an 202 Kranken ausgeführt wurden, von denen 68 Männer und 134 Frauen waren. Dieses auffallende Überwiegen des weiblichen Geschlechtes erklärt sich daraus, dass die so häufig vorkommende Wanderniere fast ausschließlich Frauen befällt. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 9 Monaten und 70 Jahren. Unter 200 Fällen war 134mal die rechte, 50mal die linke, 15mal beide Seiten befallen. In 3 Fällen — 1mal einseitige Sackniere, 2mal Wanderniere — handelte es sich um eine erkrankte Hufeisenniere.

Wegen Geschwülsten wurden 12 Kranke operirt, und zwar 11 mittels Nephrektomie, 1 mittels Nephrotomie, 1 Pat. blieb unoperirt. Von den 11 Nephrektomirten starben 5 in Folge oder bald nach der Operation; nur der jüngste Kranke,

der im Alter von 9 Monaten wegen eines Nierencarcinoms operirt wurde, ist noch nach $3^1/_2$ Jahren gesund und recidivfrei.

Wegen Tuberkulose wurden 19 Kranke operirt, und zwar 17 mittels Nephrektomie, 2 mittels Nephrotomie. Von den Nephrektomirten starben 2 in Folge oder kurz nach der Operation; bei 12 Überlebenden konnte eine dauernde Heilung von $1^1/_2$—$7^3/_4$ Jahren festgestellt werden.

An Nephrolithiasis litten 17 Kranke, von denen 15 nephrotomirt, 2 nephrektomirt wurden; 1mal wurde die sekundäre Nephrektomie vorgenommen. In 1 Falle wurden innerhalb 27 Tagen beide Nieren incidirt. 2 von den Nephrotomirten starben; bei 8 Kranken konnte völlige Gesundheit noch nach $1^1/_4$—12 Jahren festgestellt werden.

Wegen Sackniere wurden 18 Kranke operirt. In 1 Falle wurde eine Verlagerung des spitzwinklig in halber Höhe des Sackes inserirenden Harnleiters an den tiefsten Punkt desselben gemacht. 14mal wurde die Nephrotomie, 2mal die primäre, 5mal die sekundäre Nephrektomie vorgenommen. Im Anschlusse an die Operation starb nur eine primär nephrektomirte Kranke. Bei 9 Kranken konnte völlige Gesundheit noch nach $^3/_4$—$8^1/_4$ Jahren beobachtet werden.

An Pyelonephritis und Empyem des Nierenbeckens wurden 10 Pat. behandelt: 9mal wurde die Nephrotomie (in 1 Falle wiederholt), 2mal die primäre, 2mal die sekundäre Nephrektomie gemacht. Von den Nephrotomirten und primär Nephrektomirten starb je 1 Kranker; die Todesursuche war 1mal sicher, das andere Mal sehr wahrscheinlich in doppelseitiger Erkrankung zu suchen.

Wegen Nierenechinococcus wurde bei 3 Kranken die Incision und Drainage vorgenommen; 1 Kranker starb nach der Operation an Herzfehler.

Von Nierenverletzungen kamen 8 Fälle zur Beobachtung; nur in 1 Falle machte der drohende Verblutungstod Incision und Tamponade nöthig. Sämmtliche Kranke genasen.

Wegen Wanderniere wurden bei 99 Kranken 108 Nephropexien vorgenommen; die Resultate waren sehr gut, namentlich bei den nach der Küster'schen Methode Operirten. 2 Kranke starben an Lungenembolie.

Wegen Paranephritis kamen 14 Kranke zur Operation; 1 Fall endete in Folge von Metastasen tödlich.

Im Ganzen wurde also die Nephrektomie 43mal vorgenommen (35mal primär, 8mal sekundär); die Nephrotomie 45mal, die Nephropexie 111mal, Incisionen 14mal. Die Gesammtmortalität betrug in Folge der hohen Zahl von Nephropexien nur 16 = 8,41%. Abgesehen von der Wanderniere betrug die operative Mortalität 14,56% und zwar für die Nephrotomie 11,1%; für die Nephrektomie 20,9%. Von den sekundär Nephrektomirten starb Niemand. Bei sämmtlichen Nephrektomien kam nur 3mal die abdominale Methode in Anwendung, davon 2mal in Folge falscher Diagnose: sämmtliche so operirte Kranke starben.

Eine Dauerheilung rechnet Verf. bei 79,70% seiner Kranken aus; ohne Hinzuzählung der Nephropexien sinkt diese Zahl auf 62,13%.

P. Wagner (Leipzig).

29) **Hofbauer.** Ein Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

Ein 13jähriges Mädchen verlor 2 Jahre lang Blut mit dem Urine, und zwar so, dass im letzten Jahre der Urin nie ohne blutige Beimengungen war. Außer dem Blute fanden sich keine pathologischen Bestandtheile im Urine. Schmerzen bestanden nie; das Cystoskop zeigte, dass das Blut stets aus dem linken Harnleiter stammte. Die linke Niere war palpatorisch nicht nachweisbar; nur bei starkem Drucke von hinten war sie etwas empfindlich. Diese Hämaturie war ohne nachweisbare Veranlassung aufgetreten und hatte trotz der langen Dauer des Processes keinerlei Folgezustände außer Anämie hervorgerufen.

Eine genaue Diagnose war nicht zu stellen; mit Rücksicht auf die starken Blutverluste wurde die Explorativoperation ausgeführt. Beim Herausholen der Niere aus der Tiefe Behufs genauer Betrachtung rissen Arterien und Vena renalis

ab, so dass die Niere exstirpirt werden musste. Glatte Heilung. Die Hämaturie hörte sofort auf.

Makroskopisch bot das exstirpirte Organ nichts Pathologisches dar. Mikroskopisch erwiesen sich die Gefäßschlingen der Glomeruli öfters streckenweise ihres Epithelbelages beraubt, so dass sie nackt dalagen; die Epithelien der Bowman-schen Membran an zahlreichen Stellen im Zustande der Proliferation und Auflockerung; Epithelien der gewundenen Harnkanälchen in trüber Schwellung. Auffallend war, dass sich nicht massenhafteres Blut in dem Kapselraume und den gewundenen Harnkanälchen vorfand.

Nach diesem Befunde wäre eine Glomerulonephritis anzunehmen. Indessen steht dem das sehr gewichtige Bedenken entgegen, dass die rechte Niere völlig gesund war, so wie der völlige Mangel der entsprechenden Veränderungen am Cirkulationsapparate. Die wahre Ursache der Nierenblutung muss also in suspenso bleiben, wie in den Fällen von »Blutungen aus gesunder Niere«, der »Haematuria sine materia«. Da die Operation und selbst das Durchreißen der Vene und Arterie ohne größere Blutverluste einherging, musste auch die Annahme einer »lokalen Hämophilie« fallen gelassen werden.

Ein eigenthümliches Verhalten zeigte die Diurese nach der Nephrektomie. Die Harnmenge sank zuerst, erreichte aber wenige Tage nach der Operation nicht bloß die vor derselben innegehabte Höhe, sondern überstieg dieselbe sogar beträchtlich. Nach Experimenten an wachsenden Thieren kommt die Kompensation der Wasserausscheidung langsam zu Stande, während die Harnstoff- und Phosphorausscheidung ungestört durch die Operation bleibt, für sie kommt die kompensatorische Ausscheidung durch die andere Niere sofort zu Stande.

Haeckel (Stettin).

30) **E. Zielinski.** Ein Fall von Schussverletzung der Niere.

(Przegląd lekarski 1899. No. 39 u. 40.)

Ein 16jähriges Mädchen erhielt bei einem Hochzeitsfeste aus der Entfernung von mehreren Schritten einen Pistolenschuss in die rechte Lendengegend, wonach sie auf kurze Zeit die Besinnung verlor. Die nach einigen Stunden vom Verf. vorgenommene Untersuchung der sehr anämischen Pat. ergab außer mäßiger Schmerzhaftigkeit der rechten Bauchhälfte eine kleine Einschussöffnung in der rechten Lendengegend, 10 cm lateralwärts von der Wirbelsäule und 2 cm unterhalb des Rippenbogens. Urin bluthaltig. Mittels eines Lendenschnittes wurde die Niere bloßgelegt und nach Entfernung zahlreicher Blutcoagula vor die Wunde gebracht. An der Konvexität derselben befand sich eine kleine blutende Wunde, eine zweite stärker blutende an der Vorderseite des Nierenbeckens. Nach Unterbindung der großen Nierengefäße und des Harnleiters wurde die Niere exstirpirt. Theilweiser Verschluss der Hautwunde durch Naht. Glatte Heilung.

Trzebicky (Krakau).

31) **Loumeau.** Deux cas de kyste hydatique du rein.

(Ann. des malad. des org. genito-urin. 1899. No. 11.)

Verf. theilt folgende 2 Beobachtungen mit:

1) 57jähriger Kranker mit Echinokokkencyste der linken Niere, die sich im Anschlusse an eine Nephrolithiasis entwickelt hatte und seit mehr als 20 Jahren frei mit dem Nierenbecken kommunicirte. Periodischer Abgang von Echinokokken durch die Harnröhre. Pat. verweigerte jeden operativen Eingriff.

2) Der 65jährige Kranke hatte sich vor 8 Jahren in Folge eines Traumas des rechten Hypochondriums einen Leberabscess zugezogen. Zweizeitige Incision, Heilung. Der Eiter enthielt nichts Besonderes. Im Anschlusse an eine schwere Kontusion entwickelte sich bei dem Kranken ein linksseitiger Nierenabscess, der sich bei der lumbalen Nephrotomie als vereiterte Echinokokkencyste erwies. Heilung. Sehr wahrscheinlich hat es sich bei dem Leberabscesse auch um einen vereiterten Echinococcus gehandelt.

P. Wagner (Leipzig).



32) **J. Gawlik.** Fixation der Wanderniere nach Obaliński.

(Sammlung der zu Ehren weil. Prof. Obaliński's publicirten Arbeiten.)

Verf. theilt 2 Fälle mit, in welchen die Nephropexie nach Obaliński ausgeführt wurde. Die Methode besteht in einem 12 cm langen Querschnitte parallel und etwas unterhalb der 12. Rippe. Nach Bloßlegung der Niere wird in der fibrösen Kapsel derselben ein Thürflügelschnitt angelegt und die hierdurch gebildeten Lappen zusammen mit der Fettkapsel an die Bauchwand mittels Naht fixirt. In beiden Fällen war nach 16 Monaten noch ein günstiger Erfolg zu konstatiren. **Trzebicky** (Krakau).

33) **Abbe.** Observations on the detection of small renal calculi by the Röntgen rays.

(Annals of surgery 1899. August.)

Verf. berichtet über 18 Fälle aus der Litteratur, denen er 2 eigene beifügt, in welchen durch Röntgenstrahlen Nierensteine sichtbar gemacht und dann durch die Operation entfernt wurden. Genaue Anweisungen über die Technik der Bildaufnahme schließen den Bericht. **W. Hirt** (Breslau).

34) **Stratz und de Josselin de Jong.** Nephrektomie wegen Nierengeschwulst.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 2.)

Exstirpation einer Wanderniere, die Sitz einer Geschwulst war und Erscheinungen intermittirender Hydronephrose machte, auf lumbalem Wege. Die Wunde wird, was bisher noch nicht gemacht zu sein scheint, mit Katgutetagennähten vollkommen, ohne Drain, geschlossen. Heilung. Die Geschwulst enthielt Glykogen und gehörte zu jener Gruppe, die bald als Endotheliome, bald als Strumae aberrantes, bald als einfache Nierenadenome aufgefasst werden.

Haeckel (Stettin).

35) **Abbe.** Sarcoma of kidney in an infant. Recovery after nephrectomy.

(Annals of surgery 1899. September.)

Ein Kind wurde mit einer großen, rechtsseitigen Geschwulst im Bauche geboren. Da es sehr elend war, und sein Ableben bald erwartet wurde, war die Operation abgelehnt worden. Nach 10 Monaten lebte das Kind noch und hatte sich trotz der Geschwulst, die $^3/_4$ des Bauches einnahm, erholt. Laparotomie. Die rechte Niere war in eine mächtige Geschwulst von 4 Pfund Schwere verwandelt; das Kind wog im Ganzen 15 Pfund. Exstirpation der Geschwulst. Das Kind erholte sich und nahm in 3 Monaten $6^1/_2$ Pfund zu. **W. Hirt** (Breslau).

36) **M. A. Galin.** Über Verlagerung des Hodens unter die Haut der Leistengegend. 3 Fälle. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Kiewer Kriegshospitals.)

(Chirurgia Bd. V. p. 130. [Russisch.])

Im 1. Falle gab der 21jährige Pat. an, seit jeher immer die zeitweise beim Gehen schmerzende Geschwulst in der Leistengegend gehabt zu haben. Sie soll auch in der Größe wechseln. Die Abbildung zeigt eine sehr bemerkliche Anschwellung der Leistengegend. Bei der Untersuchung zeigt sich über dem Poupart'schen Bande eine gänseeigroße Geschwulst, die sich weich, wie eine Fettgeschwulst, anfühlt. In ihrem Inneren fühlt man einen derberen Kern. Husten und Drängen hat auf die Geschwulst keinen Einfluss. Die rechte Seite des Hodensackes ist leer, seine Haut atrophisch. Auf allmählich verstärkten Druck entleert sich offenbar die in der Geschwulst enthaltene Flüssigkeit in die Bauchhöhle, und der bedeutend verkleinerte Hode bleibt unter der Haut zurück. Es bestand also zugleich eine Hydrocele. Diese Diagnose wurde auch von Prof. Bornhaupt gestellt, wo die Kranken in der Klinik den Zuhörern vorgeführt wurden.



Der 2. Fall ist dem eben beschriebenen vollständig gleich. Hier führte der Betreffende seine Geschwulst auf einen Huftritt zurück, den er vor 7—8 Jahren erhalten hätte.

G. weist darauf hin, dass man in diesen beiden gleichzeitigen Fällen, wo es sich um 2 jüdische, zum Militärdienst einberufene junge Leute handelte, sehr an eine künstliche Herstellung des Leidens denken müsse. Die Militärärzte wüssten aus Erfahrung, welche mannigfaltigen Verstümmelungen im Gebrauche sind, die den Zweck haben, Dienstuntauglichkeit hervorzurufen. Dieser Verdacht gewann um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als die Haut in der Leistengegend alte sternförmige Narben zeigte, wie von Einspritzung herrührend, die zu einer Verklebung des dorthin geschobenen Hodens dienen sollte. Vielleicht wurde auch dieser Zweck durch Reibung oder durch Tragen einer Bandage erreicht. Da aber die Flüssigkeit nach der Bauchhöhle verdrängbar war, so sei trotz allem Verdachte doch der Gedanke an einen Entwicklungsfehler nicht von der Hand zu weisen.

Bald darauf trat in das Kriegshospital ein dritter, ebenfalls jüdischer Rekrut ein, der ebenfalls eine Ektopie des Hodens zeigte, nur war dieser hier durch einen Spalt in der vorderen Wand des Leistenkanales unter die Haut getreten.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

37) **Thiem.** Eileitervereiterung ist keine Unfallfolge.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 9.)

Verf. bringt auf Grund diesbezüglicher Akten die Krankengeschichte eines angeblich durch Unfall hervorgerufenen Falles von doppelseitiger Eileitervereiterung und die endgültige berufsgenossenschaftliche Entscheidung hierüber.

Eine 21½jährige Köchin verspürte beim Aufheben eines mit Briketts gefüllten Korbes plötzlich einen heftigen ruckartigen Schmerz im Unterleibe. Einige Zeit darauf wird in einem Krankenhause bei ihr eine durch entzündliche Stränge fixirte Retroflexio uteri und im Gegensatze hierzu bei der Überführung in eine Universitätsfrauenklinik eine doppelseitige akute Pyosalpinx festgestellt. Nach der einige Monate später vorgenommenen Operation stirbt Pat. an einer allgemeinen Peritonitis.

Vor der Krankenhausaufnahme hatten 2 Ärzte die Erkrankung als eine Folge jenes Aufhebens angesehen; der begutachtende Arzt der Frauenklinik erkannte nur die Möglichkeit einer durch jenes Aufheben bedingten Verschlimmerung einer schon vorher bestandenen Entzündung an. Auf Grund letzterer Ansicht, der auch Verf. beistimmte, erkannte die zuständige Berufsgenossenschaft einen Betriebsunfall nicht an.

Motz (Hannover).

38) **T. Wikerhauser.** Torquirtes und entzündetes Cystovarium, Appendicitis vortäuschend.

(Liečnički viestnik 1899. No. 7. [Kroatisch.])

Die 39jährige Pat. erkrankte vor 12 Tagen mit Krämpfen im linken Unterbauche, welche sich bald über den ganzen Bauch ausbreiteten und sich seit 8 Tagen im rechten Unterbauche lokalisirten. Bei Beginn der Krankheit Diarrhöen und Übelkeit, die letzten Tage Verstopfung.

Subfebrile Abendtemperaturen, das rechte Hypogastrium vorgewölbt, gedämpfter Schall, schmerzhafte Resistenz, welche bis zur Höhe der Spina ant. sup., nach links etwas über die Mittellinie reicht. Vaginale Untersuchung gar nicht schmerzhaft, Uterus beweglich, Adnexe nicht zu fühlen. Besonders letzteres drängte zur Diagnose Epityphlitis, welche auch angenommen wurde.

Bei der Operation fand man ein torquirtes, entzündetes, nach rechts gelagertes Cystovarium sinistrum, welches durch den Schnitt rechts (über und parallel dem Poupart'schen Bande) leicht am Stiele abgebunden wurde. Pat. wurde geheilt entlassen.

v. Cačković (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 3. Februar.** **1900.**

1) **Miyake.** Über die Rattenbisskrankheit.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 2.)

M. macht uns in dankenswerther Weise mit einer Krankheit bekannt, die, wie es scheint, in der europäischen medicinischen Litteratur nirgends erwähnt wird, in Japan aber sehr häufig vorkommt. Es rührt das daher, dass dort die meisten Häuser aus Holz bestehen und leicht von den Ratten durchnagt werden; die Menschen sind so leichter der Gefahr ausgesetzt, gebissen zu werden.

Es handelt sich um eine eigenartige Erkrankung, die durch den Biss von Ratten erzeugt wird. Eine besondere Art von Ratten, etwa »Giftratten«, ist nicht dafür anzuschuldigen, wie denn auch in einen Falle der Biss eines Wiesels die gleiche Krankheit erzeugte.

Über den Erreger der Krankheit herrscht Dunkel. Dem ganzen Verlaufe nach muss entschieden die Resorption eines specifischen Infektionsstoffes die Krankheit verursachen; ob das aber ein Bakterium oder nur ein Gift ist, entzieht sich bis jetzt dem Urtheile.

Pathologisch-anatomisch ist wenig bekannt; es liegt nur eine Sektion vor.

Das Inkubationsstadium schwankt in der größten Mehrzahl der Fälle zwischen 1 und 3 Wochen. Danach schwillt meist die oft schon geheilte Bissstelle phlegmonös an, es kommt zur Lymphangitis und Anschwellung der Lymphdrüsen; unter Frösteln oder Schüttelfrösten tritt meist ein Fieber auf, das intermittirend ist und 40° übersteigen kann. Mit dem Fieber stellen sich Mattigkeit, Gliederschmerzen, rheumadoide Muskelschmerzen ein, dazu Übelkeit, Kopfschmerz, Durst, Angstgefühl, in seltenen Fällen Delirien, Hallucinationen, Koma. Die Kranken kommen rasch herunter; oft kommt es zu sensiblen oder motorischen Lähmungen. Pathognostisch ist ein eigenthümliches erythematöses oder papulöses Exanthem an Rumpf und Extremitäten. Der Verlauf erstreckt sich über Monate, ein halbes Jahr und noch darüber. 10% der Erkrankten sterben.

Die Behandlung ist rein symptomatisch. Wichtig dagegen ist eine prophylaktische, möglichst frühzeitige Behandlung jedes Rattenbisses mit dem Thermokauter oder mit Injektion von Karbolsäure. Wenn das auch keinen absoluten Schutz gewährt, so erkrankte doch unter 10 so von M. Behandelten kein Einziger.

Beigefügt sind 11 ausführliche Krankengeschichten eigener Beobachtung mit Temperaturtabellen. **Haeckel** (Stettin).

---

2) **Lannois** et **Bensaude**. L'adéno-lipomatose symmétrique à prédominance cervicale.

(Presse méd. 1898. No. 46.)

Verff. haben die in der Litteratur veröffentlichten Fälle von diesem interessanten Krankheitsbilde zusammengestellt und an ihrer Hand eine umfassende Studie darüber ausgearbeitet. Zahlreiche Abbildungen, zum Theil monströser Geschwulstbildung tragen wesentlich zur Veranschaulichung eines solchen Krankheitsbildes bei. Mit besonderem Fleiße sind die Kapitel über Geschichte, pathologische Anatomie, Ätiologie und Pathogenie verfasst. Im Ganzen haben Verff. 75 derartige Beobachtungen finden können. Die weitaus überwiegende Mehrzahl betrifft Männer, während gewöhnliche Lipome doch beim weiblichen Geschlechte häufiger sind. Mit einer einzigen Ausnahme trat die Krankheit erst nach dem 20. Lebensjahre auf. Der Alkoholismus soll eine gewisse ätiologische Rolle spielen. Was die Pathogenie anlangt, so sind Verff. nicht geneigt, sich der »nervösen Theorie« anzuschließen, wie sie von deutschen Chirurgen, wie Bardeleben, Küster, Bramann, auf der 59. Naturforscherversammlung aufgestellt wurde. Es sprechen ja dafür das symmetrische Auftreten

der Geschwülste und das zuweilen gleichzeitige Vorhandensein anderer mehr oder weniger schwerer Störungen des Nervensystems. Andererseits aber fehlen doch recht oft solche Symptome. Verff. suchen vielmehr den Ursprung der Krankheit in einer Anomalie der Lymphdrüsen. Unterstützt wird diese Ansicht durch die Prädilektion des Sitzes der Geschwülste an solchen Stellen, wo normalerweise viel Elemente des Lymphsystems vorhanden sind, so am Halse, am Nacken, Supraclaviculargruben und Achselhöhlen; ferner dadurch, dass innerhalb der Geschwulst echte Drüsen eingeschlossen gefunden wurden. — Einige Autoren, wie Hayem, Schuchardt und die Verff. selbst, haben mit gutem Erfolge Thyreoidin verabreicht.

Tschmarke (Magdeburg).

---

3) **S. Droba.** Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke in bakteriologischer, anatomo-pathologischer und klinischer Beziehung auf Grund des in der Krakauer Klinik im Schuljahre 1898/99 beobachteten Materiales.

(Przegląd lekarski 1899. No. 36—38)

Verf. hat 16 Fälle von Tuberkulose der Gelenke genau mikroskopisch und bakteriologisch geprüft und Gewebsstücke sowohl als auch den Gelenkinhalt Meerschweinchen injicirt.

Er ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1) Die den erkrankten Gelenken entnommenen Gewebsstücke erwiesen sich stets als virulent, da alle hiermit geimpften Meerschweinchen an Tuberkulose verendeten.

2) Die vorgefundenen Tuberkelbacillen waren an Zahl, Größe und Gestalt sehr verschieden.

3) Wurden den Meerschweinchen Flüssigkeiten aus tuberkulösen Gelenken injicirt, in welchen sich auch weiße Staphylokokken befanden, so blieb der letale Erfolg aus, was auf eine Schwächung des tuberkulösen Virus durch Staphylokokken schließen ließe.

4) Gelenkinhalt so wie Eiter aus kalten Abscessen waren in allen nicht mit Fisteln komplicirten Fällen steril.

5) Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen Fällen das Vorhandensein von Tuberkeln.

6) Durch Mischinfektion wird der Verlauf in ungünstigem Sinne beeinflusst.

Trzebicky (Krakau).

---

4) **E. Payr.** Weitere Beiträge zur Kenntnis und Erklärung des fettembolischen Todes nach orthopädischen Eingriffen und Verletzungen. (Aus der Grazer chirurgischen Klinik.)

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Die Vermuthung, die P. bei Gelegenheit eines früher beobachteten Falles aussprach, dass nämlich das Zusammentreffen von tödlicher Fettembolie mit ausgesprochenem Status thymicus s. lymphaticus kein zufälliges sei (cf. Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 42), fand

P. an 3 weiteren Fällen gerechtfertigt. Der erste der mitgetheilten Todesfälle ereignete sich nach dem Redressement rheumatischer Fußgelenkkontrakturen bei einem 17jährigen Mädchen. Die Sektion ergab Thymus persistens und Status leukaemicus. Bei einem weiteren Falle von Schussverletzung des Unterschenkels eines 38jährigen Mannes fand sich bei der Sektion ebenfalls der Zustand einer persistirenden Thymusdrüse. Schließlich konnte auch bei einem 10jährigen Mädchen nach Resektion des linken Kniegelenkes Fettembolie und Status thymicus konstatirt werden.

Klinisch kann man nach P. bei der tödlichen Fettembolie 2 Gruppen unterscheiden. In den einen Fällen ist nämlich mehr das Sensorium getrübt, und man kann desshalb von cerebralen Formen sprechen gegenüber den respiratorischen, bei welchen Dyspnoë und Cyanose in den Vordergrund treten. In den erstgenannten Fällen ist das Fett durch die Blutbahn in den Organen des Körpers verbreitet, in den letztgenannten wird das Fett in den Lungen zurückgehalten. Verf. bespricht sodann die Frage vom Zusammenhange des fettembolischen Todes mit typischem Status lymphaticus und persistirender Thymusdrüse. Er fasst den Tod als direkte Folge dieser Körperbeschaffenheit auf. Die Fettembolie ist nur einer von den zu tödlichen Kreislaufstörungen führenden Reizen (ähnlich wie die Narkose). Das mit Thymus persistens behaftete Individuum erliegt nicht durch die vermehrte Aufnahme von Fett ins Blut, sondern in Folge der durch die Kreislaufstörungen bedingten Schwächung der lebenswichtigsten Organe.

(Bei Gasansammlung im Blute ist es die mangelhafte Oxydationsfähigkeit des Blutes in den Lungen, welche lebensgefährlich werden kann. Durch Sauerstoffzufuhr kann diesem Zustande mit Erfolg entgegengearbeitet werden, wie dies Bert und v. Schroetter angeben, welche die Rekompression bei der Caissonkrankheit mit der Athmung von Sauerstoff verbinden. In den Sektionsberichten P.'s finden sich nun die Angaben, dass in den Lungen dunkles flüssiges Blut gefunden wurde. Man kann desshalb daran denken, dass bei der Cirkulation des Fettes im Blute ebenfalls eine erschwerte Aufnahme von Sauerstoff ins Blut vorhanden ist, also eine Störung des respiratorischen Gaswechsels. Das klinische Bild würde nicht gegen Sauerstoffmangel im Blute sprechen. Ist diese Voraussetzung richtig, so liegt es auf der Hand, in Fällen, in denen Fettembolie anzunehmen ist, Sauerstoff durch die Athmung, event. komprimirte Luft, zuzuführeu. Nur nebenbei sei bemerkt, dass Steigerung der Zufuhr von Sauerstoff auch bei der Behandlung der Fettsucht eine Rolle spielt. Ref.) **J. Riedinger** (Würzburg).

---

5) **A. Degez.** Des luxations subites consécutives aux maladies aigues.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 1.)

Der Autor berichtet ausführlich über einen Fall von Verrenkung der Hüfte im Scharlach bei einem 6$^1/_2$jährigen Mädchen. 4$^1/_2$ Woche nach Beginn der heftigen Erkrankung mit Otitis supp. etc. beginnt eine Coxitis, 6 Wochen darauf wird plötzlich die Verrenkung nach hinten bemerkt, ohne dass besondere Umstände auf ihr Eintreten hingewiesen hätten (nur vorher Nachlassen der heftigen Schmerzen! Ref.). Die Einrichtung derselben, durch Keuchhusten verzögert, gelingt 4 Monate später in Narkose »ohne Ruck«, anscheinend ohne erhebliche Schwierigkeiten und führt zu glatter Heilung. 2 Röntgenphotographien verbildlichen den Zustand der Verrenkung und der Einrichtung und zeigen im Knochenbilde die Usur des hinteren oberen Pfannenrandes. — Der Autor hat im Ganzen 81 Fälle von Verrenkungen im Gefolge akuter Krankheiten gefunden, von denen 32 auf Typhus, 24 auf akuten Gelenkrheumatismus, 13 auf Scharlach kommen. 74mal, ziemlich zu gleichen Theilen links und rechts, und etwas häufiger bei Mädchen, war das Hüftgelenk betroffen, 3mal die Schulter, 3mal das Knie, 1mal das Ellbogengelenk. Ihre Entstehung verdankt sie wahrscheinlich innerhalb eines durch entzündlichen Erguss genügend erschlafften und geschwächten Gelenkes, zuletzt irgend einem, wenn auch noch so leichten traumatischen Insulte, einer ruckhaften Bewegung oder dgl., wobei, wie im vorliegenden Falle durch Röntgenbild erwiesen, der Kopf an der entsprechenden Stelle die Pfanne durch den steten Druck weggescheuert haben kann. In der Mehrzahl der Fälle ist die Formveränderung das erste bemerkbare Zeichen der Verrenkung; die sensiblen Symptome — plötzliche Vermehrung oder Verminderung der Schmerzen — sind nicht so beständig. Kirmisson stellt die Prognose der Einrichtung im Gegensatze zu den meisten, auch den deutschen Chirurgen, verhältnismäßig recht günstig, und die statistischen Erhebungen des Autors sprechen für die Richtigkeit der Kirmisson-schen Ansicht; denn unter 80 Spontanluxationen wurde 40mal dieselbe durch einfache Handgriffe, 7mal durch dauernde Streckung, 3mal nach vorangehender Durchschneidung der verkürzten Sehnen beseitigt; nur 11mal war ein blutiger Eingriff nothwendig. Im obigen Falle gelang die Einrichtung ja auch glatt nach 4 Monaten. Die Einrichtungsbewegungen entsprechen im Großen und Ganzen denen bei einer frischen oder auch angeborenen (Paci); nur ganz ausnahmsweise wird man sich auf die Extension beschränken. Aber auch bei Recidivluxationen war unter 13 Fällen noch 7mal die manuelle Einrichtung wirksam, 1mal die Extension, und nur 4mal war die Verrenkung nicht zu besiegen.

Herm. Frank (Berlin.)

6) **Karchesy.** Über die Behandlung veralteter Luxationen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 38.)

In der Rydygier'schen Klinik ist folgender Standpunkt für die Behandlung veralteter Verrenkungen maßgebend:

Die Frage des unblutigen Repositionsversuchs ist davon abhängig zu machen, ob im Falle einer gelungenen Reposition der funktionelle Erfolg gebessert wird. So wird z. B. bei einer veralteten Verrenkung im Schultergelenk, wenn eine Nearthrose mit halbwegs guter Beweglichkeit ausgebildet ist, und der Oberarmkopf keinen Druck auf Gefäße oder Nerven ausübt, sonach der Broterwerb nicht gefährdet erscheint, durch Massage und Elektricität die Beweglichkeit zu kräftigen und erhöhen gesucht. Dessgleichen in den Fällen von veralteter Hüftgelenksverrenkung, in denen der Oberschenkelkopf durch neugebildete Verwachsungen und Bänder straff fixirt wird, keine Schmerzhaftigkeit und funktionell ausgiebige Beweglichkeit vorhanden ist. Im Kniegelenk ist der chirurgische Eingriff meist, bei Ellbogengelenksverrenkungen stets angezeigt.

Die unblutige Reposition wird zunächst versucht mittels der Tarandage von Richet, welcher Eingriff aus Kombination der Ab- und Adduktion mit Rotationsbewegungen besteht. Nach Trennung der Verwachsungen wird die Reposition mittels der sog. physiologischen Verfahren versucht. Die gewaltsame Einrenkung mittels Zugkraft einiger Gehilfen oder durch Maschinenzug wird wegen ihrer Gefährlichkeit zurückgewiesen. Osteoklase des verrenkten Knochens, um eine Nearthrose anzubahnen, wurde nie versucht. Dagegen wird die Arthrotomie nach erfolglosen unblutigen Repositionsversuchen stets geübt, und falls dieser Eingriff erfolglos bleibt, wird resecirt. Die Resektionen wurden subperiostal ausgeführt, am Kniegelenk nach Helferich, im Ellbogengelenk nach v. Bruns, wobei die Vorderarmknochen unberührt bleiben und nur ein Stück des Oberarms resecirt wird. In einem Falle wurde das Olekranon ohne ungünstigen Einfluss auf die Funktion entfernt.

Zur Illustration werden einige einschlägige Fälle kurz mitgetheilt, welche 1mal eine Schultergelenksverrenkung, 3mal einseitige Hüftgelenksverrenkung, 5mal einseitige Ellbogenverrenkung und 1mal eine inkomplete Kniegelenksverrenkung betrafen. Nur in letzterem Falle so wie 3 Fällen von Ellbogenluxation musste die blutige Reposition ausgeführt werden. In den 2 unblutigen Repositionen des Ellbogengelenks (nach 2 Monaten und nach 5 Wochen) wurde normale Beweglichkeit erzielt. **Hübener** (Dresden).

---

7) **H. Krukenberg.** Über das neue System der maschinellen Gymnastik.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Verf. verhält sich ebenfalls ablehnend gegenüber der Behauptung von Herz, dass vor ihm keine wissenschaftliche Grundlage für

ein System der maschinellen Heilgymnastik geschaffen war. Er ist sogar der Meinung, das Herz und Bum bei der Aufstellung ihres »neuen« Systems zum Theil Wege gegangen seien, die von Anderen (Zander, Krukenberg) schon verlassen sind. Das Urtheil des Verf. über dieses System wird Vielen von Interesse sein. Es lautet kurz: »Das Gute daran ist nicht neu, und das Neue daran ist nicht gut«.

J. Riedinger (Würzburg).

---

8) **Colombo.** La fisiologia dell massagio etc.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 42.)

Vorläufige Mittheilung. Mit Hilfe des Mosso'schen Sphygmomanometers hat C. festgestellt: Die Muskelmassage vermehrt den Blutdruck; am stärksten wirkt das Tapotement. Sanfte Vibrationsmassage verursacht nur eine geringe, energische gemischte Massage von Rumpf und Gliedern in allen Formen eine länger dauernde Erhebung. Energische Bauchmassage erniedrigt den Blutdruck. Bei allgemeiner Massage erhält man verschiedene Resultate, je nachdem die der Glieder oder des Bauches vorwiegt, gewöhnlich eine mäßige Blutdrucksteigerung. Puls, Temperatur und Respiration vermindern sich bei steigendem Druck und umgekehrt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

9) **R. Wichmann** (Wiesbaden). Die Rückenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Ein Lehrbuch der Segmentaldiagnostik der Rückenmarkskrankheiten.

Berlin, Otto Salle, 1900.

W. hat unter Benutzung der lediglich anatomischen Studien seines Lehrers Th. von Renz mit großem Fleiße die anatomischen und klinischen Daten zur Segmentdiagnose aus der Litteratur zusammengetragen und kritisch gesichtet. Ein näheres Eingehen auf seine Ergebnisse müssen wir uns versagen. Die Arbeit wird bei Studien über die Höhenlokalisation immer mit Dank benutzt werden, da sie die Summe der einschlägigen Forschungen bis zur Jahrhundertwende zieht. Für den Praktiker sind aus dem Buche nur von Werth die anhangsweise gegebene Zusammenfassung über die Ausfallssymptome bei den Querschnittserkrankungen der einzelnen Rückenmarkssegmente und die 7 farbigen und recht übersichtlichen Tafeln, welche besonders die motorische Innervation noch anschaulicher als die Kocher'schen darstellen. Für den klinischen Unterricht wäre die Reproduktion in Form von Wandtafeln erwünscht.

P. Stolper (Breslau).

---

10) **O. Hahn.** Über die akute infektiöse Osteomyelitis der Wirbel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1. p. 176.)

Anschließend an seine frühere Arbeit über die akute, primäre Osteomyelitis der Wirbel (Beitr. zur klin. Chir. Bd. XIV Hft. 1)

berichtet Verf. über 2 weitere Fälle von Wirbelosteomyelitis der v. Bruns'schen Klinik und fügt außerdem der damaligen kasuistischen Zusammenstellung 27 neue Beobachtungen aus der Litteratur an.

Was die eigenen Fälle anbetrifft, so handelt es sich im 1. um ein 13jähriges Mädchen, welches ohne bekannte Veranlassung mit Schmerzen im Rücken und hohem Fieber erkrankt war. Nach 4 Wochen wurde am Rücken ein Abscess konstatirt, bei dessen Incision sich als Ausgangspunkt der linke Querfortsatz des 4. Brustwirbels von Periost entblößt zeigte. Unter Rückgang der bestehenden Rechtsskoliose in der oberen Brustwirbelsäule trat völlige Heilung ein. Der 2. Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, bei dem die Erkrankung akut, ebenfalls unter schweren Allgemeinerscheinungen eingesetzt hatte. Im Verlaufe weniger Tage bildete sich ein Abscess, derselbe wurde incidirt, und es fand sich am Proc. transv. des 6. Brustwirbels eine rauhe Stelle. 2 Monate später Entfernung eines nekrotisch gewordenen Knochenstückes, dann Heilung.

Wie sich auf Grund des gesammten, 41 Fälle umfassenden Materiales ergiebt, war von den Abschnitten des Rückgrates die Lendenwirbelsäule am häufigsten ergriffen, am Wirbel selbst zeigte sich keine Bevorzugung einzelner Theile. Ein Übergreifen des Processes auf benachbarte Gelenke wurde in 7 Fällen beobachtet. Meist schreitet die Eiterung nach vorn und abwärts weiter (retroviscerale Abscesse), wenn der Sitz der Osteomyelitis im Wirbelkörper oder dem vordersten Bogentheile zu suchen ist, bricht dagegen nach dem Rücken hin durch bei Lokalisation in den Fortsätzen und der hinteren Bogenhälfte. In 12 unter den 42 Fällen war die Rückgratshöhle und ihr Inhalt mitbetheiligt, und zwar ging dann der Process theils vom Körper, theils vom Bogen, einmal auch von einem Querfortsatze aus.

Klinisch bietet die Erkrankung im Ganzen das Bild einer typischen Osteomyelitis. Unter den Komplikationen ist vor Allem die retroviscerale Ausbreitung der Eiterung so wie das Übergreifen auf benachbarte Körperhöhlen (Schädel-, Brust-, Bauchhöhle, Wirbelkanal) von besonderem Interesse. Die Diagnose ist meist leicht zu stellen, nur bei frühzeitigem Eintreten schwerer Komplikationen kann sie auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Die Prognose ist ernst (über 60% Todesfälle), abhängig vom Charakter der Infektion, dem Sitze an den einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule und den verschiedenen Theilen der Wirbel, vom frühen Erkennen und Eingreifen. Die Therapie setze frühzeitig ein und sei möglichst aktiv; sie hat jedoch ihre Grenzen dort, wo der Process bereits weit auf die Centralorgane übergegriffen hat, oder sonstige schwere Komplikationen bestehen. **Honsell** (Tübingen).

---

11) **J. Stahel.** Klinische Studien über die Lendenskoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Aus dem Lüning-Schulthess'schen Institute in Zürich ist schon eine Reihe werthvoller Arbeiten hervorgegangen, in denen das durch regelmäßige Messung der Skoliosen nach der Methode von Schulthess gewonnene und allmählich ziemlich beträchtlich angewachsene Material zergliedert und übersichtlich verarbeitet ist.

Die Aufstellung verschiedener klinischer Typen der Skoliose ist durch diese Arbeiten, die keinesfalls die pathologisch-anatomischen Untersuchungen überflüssig machen wollen, wesentlich gefördert. Es ist dabei allerdings nicht zu vermeiden, dass die Untersuchungen manchmal sehr ins Detail gehen, wo die Zweifel an der Möglichkeit des Rückschlusses auf die in Wahrheit vorliegenden Veränderungen an der skoliotischen Wirbelsäule beginnen. Doch ist die Methode von Schulthess unbedingt als eine exakte anzuerkennen.

Auf die umfangreichen Schlussfolgerungen, zu denen S. im Anschlusse an die Arbeiten von Schulthess, Jach und Steiner in der vorliegenden Studie über die Lendenskoliose gelangt, kann hier nicht näher eingegangen werden. Es möge nur hervorgehoben werden, dass sich Verf. der ihm gestellten Aufgabe mit Geschick entledigt hat. **J. Riedinger** (Würzburg).

12) **Radike.** Beitrag zur Behandlung der Skoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Verf. bespricht die bisher üblichen Redressionsapparate und fügt hieran die Beschreibung eines von Beely im Jahre 1893 konstruirten Skoliosebarrens. Die Vorzüge dieses Apparates bestehen hauptsächlich darin, dass die Pat. im Sitzen gut fixirt werden können, dass mit Hilfe von Gurten und Gewichten eine Überkorrektion und zugleich eine Mobilisirung der Skoliose stattfindet, so wie dass der Apparat für alle Formen der Skoliose anzuwenden ist. Auch ein kleinerer Beely'scher Apparat, der nach ähnlichen Grundsätzen gebaut ist, wird beschrieben. **J. Riedinger** (Würzburg).

13) **M. Denucé.** La scoliose dite sciatique. Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 5.)

Eine kritische Musterung unter den Angaben der verschiedenen Autoren über die Scoliosis ischiadica und eigene, zum Theil ausführlich mitgetheilte Beobachtungen bei Entzündungen der Symphysis sacro-iliaca führen D. zu dem Schlusse, dass eine Scoliosis ischiadica überhaupt nicht existirt. Bestehen gleichzeitig mehr oder weniger fixirte Verbiegungen der Lendenwirbelsäule und Beckenneigungen und Ischias, so wird die letztere eher ein Symptom, hervorgerufen durch eine Entzündung der Symphysis sacro-iliaca, sein. Das, was man in der Regel als Scoliosis ischiadica auffasst, ist nichts weiter als der Ausdruck des Bestrebens, das schmerzhafte Glied zu entlasten, indem der Rumpf nach dieser oder jener Seite schief gehalten wird, eventuell, wenn das Becken geneigt wird, um das Gleichgewicht zu erhalten. **Herm. Frank** (Berlin).



14) **J. E. Platt.** A contribution to the surgery of fractures and dislocations of the upper extremity.

London, **H. K. Lewis**, 1899. 228 S.

Diese auf der Beobachtung von über 700 Fällen beruhende Arbeit behandelt in einzelnen Gruppen die Brüche und Verrenkungen sämmtlicher Abschnitte der oberen Extremität. Jede einzelne Gruppe von Fällen ist in übersichtlichen Tabellen zusammengestellt, an welche sich statistische Bemerkungen so wie solche allgemeineren Charakters über Ätiologie, pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose und Therapie der einzelnen Verletzungsformen anschließen. Zur Illustration einzelner Fälle ist eine Anzahl mehr oder weniger gelungener Wiedergaben von Skiagrammen beigegeben. Im Allgemeinen ist von diesem Hilfsmittel noch wenig Gebrauch gemacht, was die Sicherheit der Diagnose in komplicirten Fällen wohl etwas beeinträchtigt.

Von selteneren Verletzungen seien erwähnt ein Schlüsselbeinbruch durch Aufheben eines schweren Gewichtes, 2 Fälle von Oberarmbruch in der Mitte durch Anprall des Fußballes gegen die geballte Faust bei gestrecktem Arme, eine Luxation des sternalen Endes des Schlüsselbeines nach hinten durch Einklemmung zwischen zwei Eisenbahnwaggons, eine vollständige Verrenkung im Ellbogengelenk nach vorn ohne Bruch des Olekranons durch Fall auf die Handfläche bei fast gestrecktem Arme, je 1 Fall von Verrenkung der Ulna nach innen und des Radius nach hinten, so wie der Ulna nach außen und des Radius nach vorn, endlich 1 Fall von kompleter Verrenkung der Metacarpalia 2 und 3 auf den Handrücken, die nur blutig reponirt werden konnte.

Die deutsche Litteratur ist, abgesehen von dem Gurlt'schen Werke, so gut wie ganz unberücksichtigt geblieben.

Die Schwierigkeiten, welche die Reposition und Retention des abgebrochenen Condylus externus humeri machen kann, und die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung kennt P. anscheinend nicht. Auffallend ist auch sein Optimismus hinsichtlich der T-Brüche des Ellbogens, bei denen er nie nachträgliche Steifigkeit des Gelenkes sah, ferner sein Festhalten an der rein antiseptischen Behandlung (Ausspülung der Wunden mit starken Sublimatlösungen) bei komplicirten Brüchen, eben so dass er bei Olekranonbrüchen keinmal die Knochennaht ausgeführt hat, obgleich er unter 12 Fällen nur 2 mit knöcherner Heilung verzeichnet.

Gipsverbände wendet P. anscheinend überhaupt nicht an. Bei Brüchen in der Mitte bezw. der unteren Hälfte der Vorderarmes die Schiene nur bis zum Ellbogen zu legen, hält Ref. nicht für genügend, besonders bei Neigung der Ulna, sich nach hinten zu biegen, über die P. mehrfach klagt. Die typische Radiusfraktur oberhalb des Handgelenkes behandelt P. mit einer dorsalen und einer volaren geraden Schiene von der Breite des Handgelenkes; wie er damit die

Hand in Abduktionsstellung erhalten kann, ist Ref. nicht recht verständlich.

Die Dauer der Fixation (bei Oberarmbrüchen durchschnittlich 4—6 Wochen, bei Vorderarmbrüchen 27—30 Tage, bei Radiusbrüchen 3 Wochen) erscheint Ref. als Regel zu lang. Auch kann Ref. sich nicht damit einverstanden erklären, wenn die Knochennaht bei Luxatio acromio-clavicularis als ein »nicht scharf genug zu verurtheilender« Eingriff bezeichnet wird, obgleich P. die großen oft mit unblutigen Methoden unüberwindlichen Schwierigkeiten anerkennt, welche die Retention dieser Luxation bereitet, eben so wenig damit, dass die Reposition der Schulterverrenkung in Halbnarkose wegen der Gefahr einer reflektorischen Herzlähmung verworfen wird. Ref. hat dieselbe in zahlreichen Fällen ohne den geringsten Schaden noch vor Eintritt des Excitationsstadiums ausgeführt und hält die von P. verlangte tiefe Narkose für die meisten Fälle für durchaus entbehrlich und eher gefährlicher.

Abgesehen von diesen Ausstellungen kann das Buch, besonders wegen der oft sehr interessanten Kasuistik, zur Lektüre bestens empfohlen werden. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

15) **F. Mally.** Etude sur les paralysies traumatiques de l'épaule et du bras.

(Revue de chir. 1899. No. 10.)

M. unterscheidet unter den traumatischen Arm- und Schulterlähmungen folgende Formen: 1) Die nach langsam und anhaltend wirkenden Traumen eintretenden und den Kompressionslähmungen ähnlichen gutartigen Stamm- und Wurzelparalysen, bei denen Parese oder Paralyse, Parästhesie und muskuläre Atrophie bestehen und die elektrische Erregbarkeit erhalten ist. 2) Die meist nach brüsken Gewalteinwirkungen auftretenden degenerativen Stamm- oder Wurzellähmungen (Paralyse, rasche Muskelatrophie, Entartungsreaktion; Hautanästhesie). Zwischen diesen beiden Extremen giebt es zahlreiche Varietäten, unter denen M. besonders die partiellen Degenerativlähmungen mit partieller Entartungsreaktion und die prognostisch ungünstigen Lähmungen »myelopathischen Charakters« (Parese, Parästhesie, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, nicht beträchtliche Atrophie hervorhebt, bei welch letzteren ein den Plexus treffendes Trauma auch Rückenmarkselemente in Mitleidenschaft gezogen hat. Diese myelopathischen Lähmungen sind gegenüber den oben ad 1) bezeichneten Paralysen durch die Herabsetzung der elektrischen Reaktionen, gegenüber den ad 2) erwähnten durch das Fehlen der Entartungsreaktion und im Vergleich zu den sich an Schultergelenksverletzungen anschließenden »reflektorischen« Lähmungen charakterisirt durch das Nichtvorhandensein spasmodischer Erscheinungen und das Nichtbeschränktsein der Lähmung auf die Extensoren, wodurch diese »Paralysies reflexes« ausgezeichnet sind.

Kramer (Glogau).

---

16) **Steudel** (Karlsruhe). Die Trommlersehne und ihre Behandlung.

(Deutsche militärärzt. Zeitschrift 1899. Hft. 10.)

Schon früher ist von Düms angenommen worden, dass der von v. Zander zuerst beschriebenen und als Beschäftigungsneurose aufgefassten sogenannten »Trommlerlähmung« die Zerreißung der Sehne des Extensor Pollicis longus zu Grunde liege, welche vielleicht durch eine Sehnenerkrankung erst ermöglicht werde. Dass eine solche Sehnenerkrankung vorliegen kann, wird durch S. gezeigt, der ein resecirtes Stück der zerrissenen Sehne dem pathologischen Anatomen Ernst zur Untersuchung übersandte. Und zwar waren vom centralen Ende 1—$1^1/_2$ cm, vom peripheren etwas weniger resecirt worden. In Folge dieses Gewebsverlusts war dann die Naht der Sehnenenden unmöglich geworden; um dieses Ziel zu erreichen, musste das Ligam. carpi dorsale durchschnitten und die Sehnenscheide gespalten werden. Erst hiernach gelang es unter Dorsalflexion des Daumens und der Hand die Enden zu vernähen, worauf mittels Schienen die angenommene Stellung für die Heilungsdauer gesichert wurde. Schon in 16 Tagen wurde mit passiven Bewegungen begonnen, seitdem die Heilung ohne Eiterung erzielt war, und wurde schließlich die Funktion wieder hergestellt, die Verkürzung der Sehne schien sich ausgeglichen zu haben, und wurde nur die weitere Unfähigkeit des Mannes zum Trommeln angenommen.

Die Untersuchung Ernst's ergab nun in der That das Vorhandensein regressiver Veränderungen im Sehnengewebe selbst. Es finden sich schollige Zerklüftung, Zerfaserung, Schwund der Fibrillenstruktur und der Kernfärbung, Blutergüsse, Auslaugung rother Blutkörperchen, Abschnürungs- und Ausscheidungsvorgänge am letzteren und Überschwemmung des ganzen Gebietes mit den Produkten dieser Vorgänge. Diese Zone der Blutungen wird durch eine rothbräunliche Färbung schon makroskopisch sichtbar gemacht, während von ihr centralwärts sich ein weißliches Querband findet, welches aber nicht die ganze Breite der Sehne durchsetzt, sondern offenbar die vernarbte Stelle eines freilich unvollkommenen Risses darstellen dürfte. Im Sehnengewebe fehlen Regenerationsvorgänge, sind aber am Bindegewebe um Gefäße in Gestalt von Kernvermehrung nachzuweisen. Ferner findet sich Bildung von Spalten, welche von einem eigenartigen Stoffe, vielleicht Schmelzungsprodukt zerfallener Blutkörperchen, in weiterer Entfernung vom Risse aber mit Gitterfiguren ausgefüllt sind, möglicherweise Gerinnung von Lymphe. Offenbar hat die Ausfaserung und Spaltenbildung in der Sehne ihre schließlich plötzliche Zerreißung vorbereitet. Auch in der Sehnenscheide dürften entzündliche Vorgänge die Veränderungen an der Sehne selbst begleitet, vielleicht sogar eingeleitet haben, da der Mann angab, schon vorher beim Trommeln Schmerzen in Daumen und Vorderarm empfunden zu haben. Dass zuweilen auch Trommlerlähmungen

ohne Operation heilten, sucht Verf. durch die Annahme zu erklären, dass hier die Risse unvollständig waren und in Ruhestellung heilten, ähnlich, wie auch im beschriebenen Falle eine Narbe in der Sehne vorhanden war, welche sie nicht vollkommen durchsetzte.

Die hier mitgetheilten genauen Untersuchungen sind wohl geeignet, Licht über ein eigenartiges interessantes Krankheitsbild zu verbreiten. Die Sehnennaht ist es, welche stets vorgenommen werden sollte, und zwar bald nach der während des Trommelns eingetretenen Zerreißung, ehe die Sehnenenden sich allzu sehr zurückgezogen haben, nicht aber unmittelbar nach der Zerreißung zu einer Zeit, in welcher nicht nur die Auffaserung der Sehne, sondern auch eine Entzündung der Sehnenscheide besteht. Erstere wird wohl immer zu einer Resektion von Sehnengewebe nöthigen. Das periphere Ende findet man unterhalb des Ligamentum carpi dorsale, das centrale oberhalb desselben oder unter ihm verborgen. Ist letzteres der Fall, so kann man die centrale Endigung nicht fühlen. Eines der Enden unter dem Ligament durchzuführen, wird wohl nie gelingen, und man muss es daher spalten, um die Naht vornehmen zu können.

Indessen war die Herstellung der Funktion nach der Naht nicht stets tadellos. Daher hat Verf. ein Verfahren an der Leiche ausprobirt, welches dahin zielt, die zerrissene Sehne des langen Daumenstreckers in die des kurzen einzupflanzen: 3 cm langer Hautschnitt längs der Sehne in mittlerer Höhe des Metacarpus, Spalten der Sehnenscheide, Vorziehen des peripheren Endes; darauf Bildung eines Hautlappens durch Aufsetzen je eines Querschnitts auf die Enden des ersten Hautschnitts nach der Radialseite zu, hierdurch Freilegen der nur 0,5 cm entfernten Sehne des kurzen Streckers, hierauf Eröffnung der Sehnenscheide desselben und Implantation, Zurückschlagen des Hautlappens, Naht. Hierbei kommen Haut- und Sehnenwunde nicht über einander, und wird dies für eine glatte Heilung von Vortheil sein.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

17) **Bruns** und **Honsell.** Über die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenks.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

Der außerordentlich interessanten Arbeit sind 106 Fälle von Osteomyelitis aus der Tübinger chirurgischen Klinik zu Grunde gelegt. — Schon im Jahre 1893 fanden sich bei einer Durchsicht aller Coxitisfälle der Klinik 75 Fälle von akuter Osteomyelitis des Hüftgelenks.

Nach der Anschauung der Verff. handelt es sich überhaupt in einer großen Zahl sämmtlicher akuter und subakuter Coxitisfälle des Kindes- und Jünglingsalters um osteomyelitische Processe.

In 28 Fällen wurde die Röntgenuntersuchung sowohl zur Diagnose frischer Gelenk- und Knochenerkrankungen, als auch der zurückgebliebenen Difformitäten in Anwendung gezogen.

In der Litteratur fehlte es bisher an einer Zusammenstellung einer größeren Reihe von Fällen und an Mittheilungen, welches der Verlauf und Ausgang der Krankheit in mittelschweren und leichten Fällen ist.

In der gleichen Zeit, in der in Tübingen 500 Osteomyelitiden am unteren Femurende beobachtet wurden, kamen die 106 Fälle an der Hüfte zur Anschauung. — Bezüglich einer Reihe von sehr wichtigen statistischen Angaben müssen wir auf das Original verweisen.

Den Ausgang kann die osteomyelitische Coxitis sowohl von der Pfanne, als auch vom Femurende nehmen. Am seltensten ist reine epiphysäre Lokalisation; als solche wird die Erkrankung des oberen Femurtheils bis in die Höhe des Trochanter minor gerechnet. Bei der epiphysären Form fehlt meist eine bedeutende Knochenneubildung, sie geht eher mit Sklerosirung und Rareficirung einher. Knochenkavernen finden sich sehr häufig, sie enthalten aber meist zur Zeit der Operation keine Sequester mehr; doch kommen auch ab und zu ausgedehnte Nekrosen vor. Es kommt lange nicht in allen Fällen zur Eiterung, und kann die Entzündung innerhalb des Knochens zum Stillstande kommen. Sehr wichtig sind die in der Nähe der Epiphysenlinie gelegenen Herde; nach geschehener Epiphysenlösung kommen die allerschwersten anatomischen Veränderungen im Gelenke und in der Umgebung desselben vor.

Viel seltener als das obere Femurende ist die Hüftpfanne der Ausgangspunkt der Osteomyelitis, da überhaupt diese Erkrankung an den platten Knochen relativ selten ist. Viel häufiger als eine primäre Erkrankung ist die sekundäre Mitbetheiligung der Pfanne.

Mit der krankhaften Veränderung am Knochen geht gleichzeitig eine mehr oder minder schwere Erkrankung der Synovialis einher, und lassen sich alle Formen und Grade der Entzündung daselbst beobachten.

Eine große Anzahl von Abbildungen im Texte, so wie von Tafeln mit Röntgenbildern und -Aufnahmen von Femur und Pfanne illustriren das pathologisch-anatomische Verhalten der Hüftosteomyelitis in klarster Weise, und ist insbesondere den dauernden Formveränderungen am oberen Femurende große Aufmerksamkeit zugewendet, besonders jenen des Schenkelhalses.

Der Beginn der Krankheit ist häufig akut; sie befällt meist blühend aussehende Kinder; plötzlich eintretendes hohes, mit Schüttelfrost einhergehendes Fieber, große Schmerzen leiten das Bild ein. Die an Osteomyelitis der Hüfte Leidenden müssen vom ersten Tage an das Bett hüten, es ist kein langsames Siechthum. Früh tritt eine gleichmäßige teigige Schwellung der Hüfte auf; manchmal geht die Erkrankung mit multiplen Gelenksschwellungen einher.

Der Verlauf der Krankheit richtet sich danach, ob der Gelenkserguss die Kapsel perforirt und nach außen durchbricht oder nicht. — Ein geschlossener Verlauf ist nicht selten; in den meisten Fällen von offener Gelenkseiterung kommt es zu langdauernder Fistelbildung.

Als wichtigste Ausgänge sind zu erwähnen: Kontrakturen, Ankylose, mehr oder minder bedeutende Verkürzungen, Spontanverrenkungen, Epiphysenlösungen, Spontanfrakturen; Luxationen kommen fast in $^1/_3$ der Fälle vor — fast immer nach hinten und oben; vordere Luxationen gehören zu den Seltenheiten. Spontanfrakturen kommen besonders am Schenkelhalse zur Beobachtung.

Der Ausgang in Tod erfolgte 15mal unter 106 Fällen.

Die Prognose des Leidens lässt sich nicht einheitlich darstellen.

Im Beginne des Leidens ist der Zustand ein sehr schwerer, der häufig tödlich endet. — Nach Ablauf der schwersten Erscheinungen wird die Prognose bedeutend besser. — Es gehen aber immerhin viele Individuen an Gelenksvereiterung, septischer Allgemeininfektion, Amyloidose etc. zu Grunde.

Nach Ablauf der Krankheit sind die Veränderungen an der Hüfte sehr erhebliche.

Recidive sind recht selten.

Für die Diagnose kommen die bakteriologische Untersuchungstechnik, so wie die Untersuchung mit X-Strahlen vor Allem in Frage; rectale Untersuchung lässt manche Beckenosteomyelitis erkennen.

Therapeutisch kommen in Frage die Resektion des Hüftgelenks, niemals von den Verff. als Frühresektion ausgeführt; Exartikulation in der Hüfte — einmal in einem verzweifelten Falle; Osteotomien und Brisement forcé dienen zur Behebung der zurückgebliebenen Deformitäten.

Kurze Auszüge aus den Krankengeschichten beenden die äußerst lesenswerthe Abhandlung.

Payr (Graz).

---

18) **Binder.** Die konservative Behandlung der Coxitis und ihre Resultate, insbesondere die Konservativbehandlung mittels portativer Apparate.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Verf. hat bei 22 von Hoffa mit Schienenhülsenapparaten behandelten Pat. Nachforschungen über ihr späteres Schicksal angestellt, als deren hauptsächlichstes Ergebnis angegeben ist, dass das Hüftgelenk größtentheils in der Stellung ausheilte, welche ihm durch den Apparat gegeben wurde. Stärkere Grade von Kontrakturstellungen des Beines sind dabei überhaupt nicht vorgekommen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **Alsberg.** Zur Theorie und Differentialdiagnose der Coxa vara.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Die A.'sche Methode zur Bestimmung eines »Richtungswinkels« bei der Coxa vara und Coxa valga (cf. Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 46) hat auch Albert acceptirt. Nur über einige Punkte hat Albert abweichende Ansichten geäußert, mit denen sich Verf.,

um eine Verständigung herbeizuführen, genauer beschäftigt. Letzterer theilt außerdem die Krankengeschichte eines Pat. mit, der auf der einen Seite an Luxatio coxae congenita, auf der anderen Seite an Coxa vara leidet, wie durch Radiographie festzustellen war. Albert hat diese Kombination zuerst beschrieben, und A. hält es für möglich, dass in seinem Falle anfänglich doppelseitige Luxation bestanden hat, weil auf der Seite, auf welcher sich die Varitas befindet, die Gelenkpfanne ausgeweitet ist.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **M. Vallus.** Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule.

(Revue de chir. 1899. No. 10.)

Verf. sucht zunächst an der Hand einiger Beobachtungen zu zeigen, dass die Zerreißungen des fibrösen Apparats an der Vorderseite des Knies bei Kniescheibenbrüchen oft erst dann zu Stande kommen, wenn der Pat. nach dem zu der Fraktur führenden Sturze sich zu erheben und weiter zu gehen bemühe, während jenes Ereignis nicht eintrete, wenn er einen derartigen Versuch unterlasse. — Auf die günstigen funktionellen Erfolge der Behandlung einfacher Brüche mit vorübergehender Immobilisirung, Druckverband, Massage etc. hinweisend, führt V. im weiteren mehrere durch Zerreißung des fibrösen Apparats komplicirte Fälle vor, in denen er die Drahtnaht der zerrissenen fibrösen Gewebe zu beiden Seiten der Kniescheibe von einem + Schnitte aus und nach Entfernung aller Blutgerinnsel, Gewebsfetzen und nach sorgfältiger Blutstillung — einige Male selbst unter Verzicht auf die überflüssig gewordene Knochennaht, so wie stets unter Fortlassung jeder Drainage — gemacht hat. Die dadurch und mittels frühzeitiger Anwendung von Massage, passiven Bewegungen etc. erreichten funktionellen Resultate waren vorzügliche. Auch in einem Falle von schlecht geheiltem Kniescheibenbruche ergab die nach Lösung aller Verwachsungen und Ausschneidung der Narbe in der Kapsel ausgeführte Naht einen sehr günstigen Erfolg. Indem Verf. auf Grund dessen das auch schon von anderen Chirurgen geübte Verfahren für dieBehandlung der mit Zerreißung des fibrösen Apparats einhergehenden Kniescheibenbrüche erneut empfiehlt, betont er zugleich, dass nach seinen Erfahrungen es sich um solche komplicirte Frakturen handelt, wenn die Bruchstücke der Kniescheibe 2 und mehr cm aus einander stehen, oder der Verletzte 3—4 Tage nach dem Unfalle, sobald Schwellung und Schmerzen etwas zurückgegangen, sich außer Stande zeigt, die Ferse etwas emporzuheben.

Kramer (Glogau).

---

21) **Cushing.** A method of treatment for the restauration of entire tibiae necrotic from acute osteomyelitis.

(Annals of surgery 1899. Oktober.)

Verf. berichtet über einen Fall von Tibianekrose in Folge akuter Osteomyelitis bei einem 16jährigen Menschen. Das Schienbein wurde

am 65. Tage nach der Erkrankung entfernt, die beiden Epiphysen konnten erhalten bleiben. 2 Jahre später: die neugebildete Tibia ist $1^3/_4$ Zoll kürzer als die gesunde, der Knochen ist fest, kann das Körpergewicht tragen, Rinde und Mark sind in der Röntgenphotographie deutlich zu unterscheiden.

Der geeignete Zeitpunkt zur Entfernung des todten Knochens ist nach Ansicht des Verf. dann eingetreten, wenn das Periost in lebhafter Wucherung, aber der Sequester noch nicht mit einer festen, kompakten Schale umgeben ist. Die mikroskopische Untersuchung, die in jedem Falle häufig vorgenommen werden soll, zeigt um diese Zeit im Periost zahlreiche Fibroblasten, Osteoblasten und Bälkchen mit Kalkablagerungen. Beim Einschneiden des Periostes fühlt man um diese Zeit ein deutliches Knistern. Makroskopisch ist dann noch nichts von Knochenneubildung am Periost zu sehen.

Nach Entfernung des Sequesters soll die periostale Scheide durch Naht geschlossen, und die Weichtheile und die Haut darüber sollen zugenäht werden. **W. Hirt** (Breslau).

---

22) **G. Muskat.** Die Brüche der Mittelfußknochen in ihrer Bedeutung für die Lehre von der Statik des Fußes.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 258. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Das Wesen der seit langer Zeit bekannten, fast ausschließlich beim Militär zur Beobachtung kommenden sog. Fußgeschwulst ist erst durch die Röntgenstrahlen aufgedeckt worden, indem nachgewiesen wurde, dass es sich bei dem Leiden um einen ohne direkte Gewalteinwirkung entstehenden Bruch der Mittelfußknochen, und zwar fast stets des 2. (in 54,5%) oder 3. (in 36,8%) derselben handle. Aus diesen Befunden, wie aus den früher von Beely und H. v. Meyer bezüglich der Stützpunkte des Fußes ausgeführten Versuchen, und schließlich auch aus eigenen Untersuchungen des belasteten und unbelasteten Fußes mittels Röntgenstrahlen glaubt M. nun den Schluss ziehen zu dürfen, dass der 2. und der 3. Mittelfußknochen die vorderen (der Calcaneus der hintere) Stützpunkte des Fußes seien. Ihr häufiger Bruch beim Militär ist durch die besonderen Belastungsverhältnisse zu erklären, denen der Fuß des Soldaten im Gegensatze zu dem des Civilisten ausgesetzt ist. **Kramer** (Glogau).

---

23) **Duplay.** Le mal perforant et son traitement par l'élongation des nerfs.

24) **Finet.** Un cas intéressant d'élongation des nerfs plantaires pour mal perforant.

25) **F. Soulier.** Un cas de mal perforant traité avec succès par élongation nerveuse.

26) **J. Vanverts.** Un cas de mal perforant traité par élongation des nerfs.

27) **A. Chipault.** De traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs.

28) **A. Chipault.** Les conséquences trophiques de l'élongation des nerfs: étude expérimentale.

29) **Fougères.** Sur deux nouveaux cas d'ulcère variqueux traités par élongation des nerfs.

30) **P. Delbet.** Traitement des varices et des ulcères variqueux en particulier par la dissociation fasciculaire du sciatique.

31) **Bardesco.** Sur un cas de mal perforant et sur deux cas d'ulcère variqueux traités par élongation des nerfs.

32) **J. Crocqx.** Le traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et des branches terminales.

33) **Jaboulay.** D'un cas de troubles trophiques du pied et de la jambe traité avec succès par distension des filets nerveux entourant l'artère fémorale.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1899.)

Die Travaux de neurologie chirurgicale, die künftighin hier auch referirt werden sollen, enthalten in den Heften des Jahrganges 1899 eine Reihe von Mittheilungen über eine von Chipault inaugurirte eigenartige Behandlung des Malum perforans pedis und des Ulcus cruris. Duplay giebt einen kurzen Überblick über die von Chipault zuerst bloß für das Mal perforant empfohlene Nervendehnung und ihre Technik. Die Anhänger derselben gehen von der Voraussetzung aus, dass es sich um eine rein trophische Störung bei diesem Leiden handle, bedingt durch eine Neuritis. Auf die trophische Natur wiesen insbesondere die Entartung der Haut, der Nägel, aber auch die Gefäß- und Knochenerkrankung hin. Eine Trias von Symptomen charakterisiren das Mal perforant: die Ulceration, die trophischen Störungen und die Sensibilitätsstörungen. Man müsse das symptomatische und das idiopathische Mal perforant unterscheiden; letzteres beobachte man besonders bei Erfrierung, Verbrennung, nach Kontusion, nach Verletzung durch eingetretenen Nagel.

Chipault hat 1894, in Anlehnung an Nussbaum's gleichartige operative Versuche bei Lähmung der oberen Extremitäten, die Dehnung des Nervus tibialis posterior empfohlen. Die Freilegung macht er so, wie man die Arteria tibialis posterior aufsucht, in deren Nähe, etwas auswärts und dahinter, der genannte Nerv liegt. Die Dehnung soll eine Zerreißung der Nervenfasern, nicht aber eine solche ihrer Scheide herbeiführen. Man kann sich auch auf einer einzelnen Plantarast beschränken.

Finet (2) beschreibt einen Fall, wo nach Dehnung bloß des Ramus internus nervi plantaris Heilung des Geschwürs im Bereiche des Großzehenballens erfolgte, während ein 2. Geschwür, mehr nach der vom Ramus externus versorgten kleinen Zehe hin gelegen, unverändert blieb.

Der von Vanverts (4) geheilte Fall ist ätiologisch interessant; hier schloss sich das Mal perforant bezw. die angenommene Neuritis an eine 1870 erlittene Schussverletzung des Oberschenkels an.

Chipault (6) hat auch an einigen Thieren beobachtet, dass die Nervendehnung bei experimentell durch Neurektomie erzeugten Fußgeschwüren von günstigem Einflusse war. Er stellt in dieser Arbeit bereits 50 Operationen am Menschen zusammen, von denen nur bei einer der Erfolg ausblieb; 17mal war das Mal perforant die Folge von Tabes oder Syringomyelie, 8mal von Alkoholismus, 4mal von Diabetes, 9mal von Frost, 11mal von Trauma.

Wir werden gut thun, diese Erfolge noch etwas skeptisch zu betrachten; denn einmal ist die Beobachtungszeit noch eine viel zu kurze, im besten Falle 2 Jahre, und andererseits wissen wir, dass bei sorgfältiger Fürsorge für derartige Leiden, besonders bei Ausschaltung aller verschlimmernden Momente, auch ohne Nervendehnung Heilung des Mal perforant eintritt.

Chipault ist von der Wirksamkeit der Nervendehnung beim Mal perforat indess so überzeugt, dass er einen großen Schritt weiter gethan hat. Er empfiehlt (5) auch das chronische Unterschenkelgeschwür durch Nervendehnung zur Heilung zu bringen. Er leitet aus seinen Erfahrungen bei der Behandlung des Mal perforant den Grundsatz ab, die Nervendehnung steigere die trophische Energie der versorgten Gewebe, sie schaffe eine Suractivité trophique, die man bei der Heilung des varikösen Unterschenkelgeschwüres nicht ungenützt lassen dürfe. Freilich gehöre zu der Nervendehnung gleichzeitig die Behandlung des Geschwüres, das C., wenn es nicht zu groß ist, am liebsten glatt excidirt. Den Nerv dürfe man weder im krankhaften Gewebe selber, noch auch allzu weit davon aufsuchen. C. empfiehlt den Nerv. saphenus internus oder den Musculo-cutaneus zu dehnen. Ihre Freilegung hat er bereits in seiner Chirurgie des Nervensystems beschrieben. C. hat seit 1897 3mal mit Erfolg operirt. Die Sklerodermie eines 11jährigen Mädchens indess blieb durch den Eingriff unbeeinflusst. C. glaubt, dass auch bei ulcerösen Wunden nach Schussverletzungen, bei Verbrennungen, bei Ulcerationen nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen das Verfahren der Nervendehnung versucht werden müsse.

Fougères (7) stellt in einer auch als Dissertation erschienenen Arbeit die Umstände zusammen, welche das Unterschenkelgeschwür als einen besonderen dystrophischen Zustand charakterisiren. Er theilt dann 2 weitere Fälle von Heilung eines chronischen Unterschenkelgeschwüres durch Nervendehnung mit, sie sind aber nur 3 bezw. 4 Monate beobachtet. Er glaubt, dass dieses operative Ver-

fahren nicht nur einen sehr wichtigen Platz in der Therapie des Beingeschwüres haben, sondern sogar das ausschließliche werden dürfte.

P. Delbet, Chef der chirurgischen Abtheilung am Hospital Necker, vertritt den Standpunkt, »jeder unbequem werdende Varix muss operirt werden«. Die Excision und die Venenligatur reservirt er für die Fälle, wo neben den auch von ihm durch längere Ausführungen betonten trophischen Störungen noch Klappeninsufficienz an den Venen besteht. Wo diese noch nicht vorhanden, da empfiehlt er einen Eingriff am Ischiadicus, den er als Eggung (Lersage) oder Auffaserung (Dissociation) bezeichnet. Er sucht den Ischiadicus in der gewöhnlichen Weise auf und zerrt sein Bündel in einer Ausdehnung von 4—5 cm so durch Sonden aus einander, bis nur Bündel von höchstens 3 mm Durchmesser bleiben. Er zerrt also das interfascikuläre Bindegewebe aus einander, ohne die Kontinuität der Nerven selber zu unterbrechen. Er führt 2 Fälle an, in denen die geschilderte Operation in 5 bezw. 6 Tagen zur Heilung von Unterschenkelgeschwüren führte; in dem einen Falle von doppelseitiger Erkrankung war die günstige Wirkung um so offenkundiger, als die auf der anderen Seite ausgeführte Venenexcision nur geringe Besserung des ganz gleichartigen Leidens erzielte.

Bardesco, Bukarest (9), stützt durch einen Fall die Empfehlung der Nervendehnung bei Mal perforant, durch 2 glückliche Resultate bei Unterschenkelgeschwür.

Crocqx, Brüssel (10), hat statt der Dehnung des Nervus tibialis posterior mit gleich gutem Erfolge bei Mal perforant die Faradisation des Nervus tibialis posterior und seiner Endäste in einem Falle in Anwendung gebracht.

Jaboulay (11) hat die Störungen trophischer Natur auf andere Weise mit Erfolg bekämpft bei einem Manne, Alkoholiker und Luetiker, welcher brandige Stellen am rechten Fuße hatte. Er legte die Arteria femoralis im Scarpa'schen Dreiecke frei und durchriss die um das Gefäß herlaufenden Nerven dieser Gegend. Aus der raschen Abstoßung des nekrotischen Gewebes, aus der Bildung einer großen Blase an der Fußsohle schließt er auf eine ungewöhnliche vasomotorische Beeinflussung der ganzen unteren Extremität, die er dem genannten operativen Eingriffe zuschreibt.

(Zu einem abschließenden Urtheile über die von Chipault bezw. Delbet empfohlene Behandlung des Mal perforant bezw. des Beingeschwüres wird man erst weitere Erfahrungen sammeln müssen, insbesondere ist eine längere Beobachtung der behandelten Pat. zu verlangen. Ref.) **P. Stolper** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

34) **Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.**

105. Sitzung am Montag, den 11. December 1899, im kgl. Klinikum.
Vorsitzender: Herr Lindner.

1) Herr **Reichard**: 3 Fälle von parenchymatöser Magenblutung.

Vortr. theilt 3 Beobachtungen mit aus dem Augusta-Hospital. Es handelte sich um plötzliches Auftreten heftigster Magenblutung mit tödlichem Ausgange, einmal einige Tage nach einer Bauchoperation, die beiden anderen Male spontan; allen 3 Fällen gemeinsam war das völlig negative Ergebnis der Autopsie bezüglich des Nachweises einer Quelle der Blutung.

Herr **Ewald** (als Gast) macht zu diesen Ausführungen folgende Bemerkungen: Seit vielen Jahren sind ihm derartige Fälle bekannt und auch von ihm beschrieben. Besonders ein Fall bot ein markantes Beispiel dafür: Ein junger Mann von 21 Jahren, in der Rekonvalescenz von Typhus befindlich, kollabirt und stirbt unter den Erscheinungen einer Magenblutung. Bei der Sektion findet sich keinerlei Veränderung der Magenschleimhaut resp. keine Quelle der Blutung — trotz genauester Durchmusterung derselben; auch für Lebercirrhose finden sich keinerlei Anhaltspunkte.

2) Herr **Rinne**: Demonstration.

R. hatte in der Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 11. Juli 1898 berichtet über einen Fall der spontanen Heilung einer Ureterverletzung, und es waren in der Gesellschaft Zweifel darüber laut geworden. Inzwischen ist die Pat. verstorben, R. besitzt das betr. Präparat.

Er wiederholt nochmals die Krankengeschichte. Einer wegen Unterleibsleiden anderwärts operirten Pat. wurde dabei der linke Ureter zerschnitten, genäht; die Naht soll 2 Tage gehalten haben, dann aber floss aller Urin aus der Bauchwunde ab. Verjauchung des Peritoneums, Drainage nach der Scheide, wohin nunmehr der Urin abfließt; Bauchwunde heilt endlich, es bleibt eine Urinfistel in der Scheide.

R. versuchte nunmehr, das centrale Ende in die Blase zu implantiren, konnte aber nur dies und nicht auch das periphere Ende finden; er gab die Operation auf, weil die Entfernung von Blase und Ureter eine zu große war, übrigens ein Collapsanfall die Nierenexstirpation kontraindicirte.

Plötzlich verminderte sich der Urinabgang aus der Fistel, und aller Urin floss aus der Blase ab, es trat wieder Wohlbefinden ein, die Schmerzen in der Nierengegend verschwanden.

Die Frau starb 1 Jahr später an Urämie (Steinniere). An dem Ureter ist keine Narbe sichtbar, auch an der Schleimhaut keinerlei Veränderung (Flecken o. dgl.).

Diskussion: Herr **Sonnenburg** und Herr **Israël** nehmen eine quere Durchtrennung des Ureters nicht an, halten es für wahrscheinlich, dass ein Anschneiden des Ureters stattgefunden hat.

3) Herr **Lindner**: Zur Chirurgie des Magencarcinoms.

Nachdem es den Anschein gehabt, als ob sich bis zur Mitte dieses Jahrzehntes für die Magenchirurgie ganz feststehende Operationsmethoden herausgebildet hätten, sind neuerdings wieder Arbeiten erschienen, die sich hauptsächlich mit folgenden Fragen beschäftigen:

Kann bei der Operation eines Magencarcinoms radikaler vorgegangen werden?

Soll man an Stelle der Gastroenterostomie bei inoperablem Carcinom die Resektion ausführen?

oder soll man die Jejunostomie machen?

Zur ersten Frage ist die Forderung **Mikulicz'** bemerkenswerth, welcher die Exstirpation auch der Drüsen für nothwendig erachtet.

Indess hat Kader angegeben, dass die Resultate trotzdem nicht besser geworden sind. Die Gefahr seitens der Drüsen ist übrigens nicht so bedeutend; unter 28 Fällen von Recidiv fanden sich 15 lokale am Magen, 12 im Peritoneum, nur 1 in den Drüsen.

Was die Resektion anlangt, so ist u. A. von Zoege v. Manteuffel angegeben worden, dass sie günstigere Chancen, eine erhöhte Lebensdauer, besseres Wohlbefinden — vor der Gastroenterostomie — schaffe!

Von 64 Fällen von Resektion (in den Jahren 1890—1898 operirt) blieb nur 1 Fall über 3 Jahre hinaus am Leben, die übrigen starben schon innerhalb der ersten 18 Monate.

Von 77 mit Gastroenterostomie Behandelten blieben 13 noch über 1 Jahr hinaus am Leben.

Bei der Resektion machen wir eine unvollkommene Operation und regen eigentlich nur das Wachsthum des Carcinoms an. Als von wesentlichem Einflusse auf den Erfolg der Operation ist besonders auch der Zustand der Pat. zu berücksichtigen. Trotz weit vorgeschrittenem Carcinom beobachtete L. nach der Gastroenterostomie recht gute Erfolge, Hebung des Appetits und der Ernährung. In einigen Fällen fügte er der Gastroenterostomie mit gutem Erfolge noch nachträglich eine Enteroanastomie hinzu, wie dies von Mikulicz empfohlen wurde. L. macht die Gastroenterostomia antecolica, während Mikulicz die G. retrocolica macht, glaubt jedoch nicht, dass durch das letztere Verfahren bestimmt verhütet werden kann, dass unter Umständen Erbrechen auftritt, Pankreassekret rückwärts in den Magen gelangt, die Nachbarorgane eine für den Magen ungünstige Lage einnehmen, welcher letztere Umstand mitunter zur Todesursache werden kann.

Die Jejunostomie, von Maydl allein häufiger ausgeführt und nach eigener Methode vorgenommen, hat den Zweck, jegliche Reizung des Magens auszuschalten. Dies wird indess auch bei der Gastroenterostomie erreicht, wie sich dies zeigt, wenn bei Ulcus ventriculi operirt wurde. Denn es verschwindet danach sofort jegliche Schmerzhaftigkeit, zumal wenn man zu der Gastroenterostomie noch eine Enteroanastomose angelegt hatte.

Ob durch die Jejunostomie eine längere Lebensdauer gewährleistet wird, ist auch fraglich — nur 1 Pat. hat länger als 1 Jahr noch nach der Operation gelebt. Die Operation ist zwar weniger eingreifend, indess das für den Pat. wichtigste Moment, das Gefühl, nach der Operation geheilt zu sein, fällt fort.

4) Herr Israël: Einige Erfahrungen über Pankreaserkrankungen.

Pankreascysten sind nicht häufig und haben weniger ein operatives als vielmehr klinisches Interesse. Man nimmt allgemein an, dass sie eine unveränderliche Lage bewahren, sie können indess auch beweglich sein oder werden und eine Wanderniere vortäuschen. Einen derartigen Fall hatte J. Gelegenheit zu beobachten resp. zu operiren. Eine 39jährige Frau erkrankte mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Kolikanfällen, Magenschmerzen, zeigte bei der Untersuchung in Rückenlage links unter dem Rippenbogen eine prall gespannte Geschwulst, die bei Rechtslage die Mittellinie berührt, beim Zurückkehren in die erste Lage und bei verschiedenem Füllungszustande des Magens verschwindet, im Stehen in die vordere Axillarlinie vorrückt. Operation. Schnitt in der Mittellinie, Geschwulst (Pankreas) nach längerem Suchen unter der großen Curvatur gefunden, mit Deschamps'scher Nadel umschnürt und abgebunden. Das Präparat zeigt fibröses Gewebe mit Resten von Drüsensubstanz.

Eine andere Pankreasgeschwulst machte den Eindruck einer intermittirenden Hydronephrose. In Intervallen von 4—5 Wochen Fieber- und Frostanfälle, Schmerzen im Kreuz (links), Auftreten einer Geschwulst. Die letztere ist zur Zeit im Epigastrium fühlbar, respiratorisch verschieblich, beim Aufblasen des Magens undeutlich werdend.

Bei der Operation zeigt sie sich vom Lig. gastro-colicum bedeckt und verwachsen; sie platzt beim Ausschälen, die Cystenränder werden eingenäht. Der aufgefangene Cysteninhalt zeigt keine fermentativen Eigenschaften mehr.

Der 3. Fall, ein 51jähriger Mann, bereits seit 14 Jahreu krank, an Koliken und Erbrechen (angeblich auch Kotherbrechen) leidend, glaubt eine Geschwulst im Leibe zu fühlen, so wie dass beim Schlucken von Flüssigkeit die letztere um die Geschwulst herumgeht. Im Epigastrium lässt sich auch eine Geschwulst von Mannskopfgröße durchfühlen. Indess gelingt es bei der Operation nicht, den Tumor, der nirgends freiliegt, mit Colon und Magen verwachsen ist, zu entwickeln. Schluss der Bauchwunde.

Nach 12 Tagen versucht I. die Cyste zu punktiren; es gelingt ihm dies, indem er eine lange Nadel durch den Magen hindurch in die Cyste einstößt und 5/4 Liter braungelbe Flüssigkeit entleert. Der Erfolg war ein günstiger. Die Schmerzen verschwanden, die Geschwulst trat nicht wieder auf, nur stellten sich in Pausen von 4 Wochen einen Tag bestehende Koliken ein.

I. nimmt an, dass, wenn auch die Cyste entleert sei, doch eine Pankreaserkrankung bestehen geblieben sei; vielleicht sind auch Pankreassteine vorhanden gewesen.

Über den 4. Fall hat I. bereits in der vorigen Sitzung berichtet; er war merkwürdig dadurch, dass eine rechts in der Lebergegend gelegene Eiterung ihren Ausgang genommen hatte von einer Peripankreatitis und mit dieser durch das Foramen Winslowii kommunicirte.

5) Herr Riese: Schenkelkopfexstirpation bei veralteter intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur.

Vortr. stellt eine 59jährige Frau vor, die am 9. März 1899 in seinem Krankenhause in Britz mit der auswärts gestellten Diagnose einer Quetschung des linken Hüftgelenkes aufgenommen wurde, nachdem sie 5 Monate vorher auf den linken Fuß von einer Leiter hinabgefallen war. Sie war nach kurzer Bettruhe auswärts mit Massage behandelt worden. Es lässt sich mit Sicherheit die Diagnose auf die Form der losen Schenkelhalsfraktur stellen, die von Kocher als Fractura femoris subcapitalis bezeichnet worden ist. Es bestand Verkürzung von 2 cm, hochgradigste Atrophie der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur. Die Diagnose wurde durch Skiagramm bestätigt (Demonstration der Photographie). Da Pat. auch im Bette über andauernde heftige Schmerzen klagte, ging sie auf die vorgeschlagene Operation gern ein.

Am 16. März Exstirpation des Kopfes nach vorangegangener Resektion der Trochanterspitze, da sich ohne letztere Maßnahme der Kopf nicht entfernen ließ. Naht.

Nach 4 Wochen Gehen mit Bruns'scher Schiene am Gehbänkchen.

Nach 6 Wochen Thrombose der Vena femoralis, so dass Pat. wieder das Bett hüten musste.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhause am 12. August: Gang ohne Stock möglich, Stehen auf dem linken Beine allein möglich, eben so aktives Heben des gestreckten Beines um 45° über die horizontale Rückenlage. Verkürzung des Beines um 3 cm. Jetzt kann Pat. kurze Strecken ohne Stock gehen, dann Ermüdung.

Röntgenphotographie zeigt, dass der untere Theil des Halses sich gegen den oberen Rand der Pfanne stützt, während sich der Trochanter minor in der Pfanne befindet.

Da rein intrakapsuläre Schenkelhalsfrakturen nur durch Einkeilung heilen können, dies aber relativ selten ist, hält Vortr. mit Kocher einen operativen Eingriff dabei für gerechtfertigt, wenn die Diagnose der losen Fraktur ganz sicher ist, und Aussicht besteht, dass die Pat. den immerhin schweren Eingriff überstehen, besonders aber, wenn längere Massagebehandlung ergebnislos war. Nagelung der Fraktur, wie sie früher empfohlen wurde, ist nicht empfehlenswerth. — Die Exstirpation des abgerissenen Kopfes soll ohne Nebenverletzungen erfolgen. Vollständige Resektion ergiebt Schlottergelenk.

6) **Derselbe: Kasuistische Beiträge zur Chirurgie des Schädels.** (Mit Krankenvorstellung.)

Vortr. berichtet zuerst über einige Fälle von Schüssen durch das Gehirn mit Geschossen kleinen Kalibers.

Ein 10jähriger Knabe, der vorgeführt wird, war einige Stunden nachdem er von seinen Spielkameraden mit einem Revolver in den Kopf geschossen und sofort bewusstlos geworden war, in diesem Zustande eingeliefert worden. Er zeigte eine Einschussöffnung im linken oberen Augenlide, dicht unterhalb des Arcus supraorbitalis; Ausschussöffnung nicht vorhanden. Vollkommene Somnolenz, häufiges Erbrechen, vollständige Lähmung des linken Armes, des unteren Facialis, unvollkommene Lähmung des linken Beines. Puls von 50—60 pro Minute. Pat. zeigt also die Erscheinungen partiellen Hirndruckes, vermischt mit denen einer Commotio cerebri, und es lag der Gedanke nahe, dass das Geschoss nach rechts gegen die motorische Region in der Rinde gegangen sei und durch Blutung einen Druck auf dieselbe ausübe. Es wurde nun die Umgebung der Wunde gereinigt, dieselbe mit Jodoformgaze verbunden und eine Eisblase auf den Kopf applicirt. Erst am 11. Tage kehrte das Bewusstsein zurück. Pat. wurde nach 12 Wochen entlassen mit Fortbestehen der Lähmung und normaler Sensibilität. Die Röntgenphotographie hat nur gezeigt, wie falsch es gewesen wäre, die motorische Region freizulegen, um ein eventuelles Blutextravasat oder das Geschoss zu entfernen. Dieselbe zeigt nämlich, dass das Geschoss in der hinteren Schädelgrube rechts von der Mittellinie der Dura dicht anliegt, und es ist interessant, dass es nach dem Ergebnisse der Betrachtung zu verschiedenen Zeiten aufgenommener Bilder sich um ca. 2 cm gesenkt hat und jetzt dem Tentorium aufzuliegen scheint. Pat. kann mit spastisch-paretischem Gange gehen, hat in seiner Intelligenz in keiner Weise gelitten, hat nie Kopfschmerzen oder Krämpfe gehabt. Nach dem ganzen klinischen Verlaufe und nach den Bildern ist es das Wahrscheinlichste, dass das Geschoss die innere Kapsel durchsetzt oder hier ein Blutextravasat hat zu Stande kommen lassen. Gegen eine Verletzung der Pedunculi cerebri, die topographisch in diesem Falle möglich wäre, spricht das Fehlen jeder Störung des Oculomotorius.

In ähnlicher Weise verlief eine Schussverletzung bei Selbstmordversuch mit Pistole (7 mm-Geschoss). Hier fand sich bei einem 20jährigen jungen Manne, der bewusstlos mit 44 Pulsen pro Minute eingeliefert wurde, die Einschussöffnung an der rechten Schläfe 2 Querfinger lateral und etwas oberhalb des äußeren Augenwinkels. Da die Stelle ungefähr derjenigen der Meningea media entsprach, wurde die Wunde etwas erweitert, mit der Sonde vorsichtig nach Knochensplittern und dem Geschosse gefühlt, und da die Arterie nicht verletzt war, ein Verband angelegt. Erst am 7. Tage trat eine linksseitige Facialislähmung auf; nach 11 Tagen verschwand sie, dafür entstand aber eine Lähmung des linken Armes und Beines, die nicht wieder zurückgegangen ist, und zu der dann Spasmen traten. Die Röntgenphotographie zeigt das Geschoss an der Basis der vorderen Schädelgrube links. In diesem Falle dürfte die Lähmung durch eine Kontusion des Gehirns im motorischen Rindencentrum oder im Centrum ovale zu erklären sein. Auch hier wäre ein größerer Eingriff zum mindesten unnütz gewesen.

Ein weiterer Fall von Schussverletzung des Schädels führte den Vortr. zur sekundären Entfernung des Geschosses.

Es handelte sich um ein 19jähriges Mädchen, das am 3. Januar 1899 einen Schuss in die rechte Wange aus einem Revolver bekommen hatte; der Schuss sollte von unten nach oben gegangen sein. Pat. war bei vollkommener Besinnung, blutete leicht aus der Wunde und Nase, das Auge war nicht vorgewölbt, nicht blutunterlaufen. Nach dem Ergebnisse einer sofort vorgenommenen Beleuchtung schien das Geschoss vor der rechten Keilbeinhöhle zu sitzen. Die kleine Einschussöffnung wurde verbunden.

Pat. klagte nach mehreren Tagen über Kopfschmerzen, nach 2 Wochen über Doppelsehen, ohne dass eine Oculomotoriuslähmung festzustellen war.

Am 28. Februar wurde sie vorläufig als geheilt entlassen. Sie kam dann öfters, immer über unerträgliche Kopfschmerzen klagend, gegen die alle inneren

Mittel erfolglos blieben. Daher Wiederaufnahme am 26. April. Klagen über enorme Schmerzen hinter dem rechten Auge, dann über Schwachsichtigkeit rechts. Nach mehrfachen Röntgenaufnahmen, von denen die von vorn nach hinten und umgekehrt ausgeführten das Geschoss nicht erkennen ließen, während dasselbe auf allen seitlichen Aufnahmen sehr deutlich sichtbar war, glaubte der Vortr. ihren Sitz in der Fissura infraorbitalis annehmen zu dürfen. Daher wurde nach Horizontalschnitt vom Foramen infraorbitale nach außen der untere Orbitalrand mit der äußeren Wand der Kieferhöhle und dem Proc. frontalis ossis zygomatici temporär abgeklappt, ohne dass das Geschoss sich an der vermutheten Stelle fand. Eben so wenig erschien es in der Siebbein- und in der Keilbeinhöhle, die dann eröffnet wurden. Erst nachdem die Orbita nach Abmeißelung des Tuber maxillare noch freier zugänglich gemacht war, zeigte sich das Geschoss, von dicker Bindegewebsschicht umgeben, in der Fissura supraorbitalis eingeklemmt, dicht neben dem Oculomotorius, der eben so wie das Ganglion ciliare frei vorlag und nicht verletzt wurde. Das Geschoss war durch den Rand des großen Keilbeinflügels in 2 Zacken getheilt worden, von denen die längere in die Schädelhöhle hineinragte, die kürzere in der Orbita saß. Mit einiger Mühe wurde es extrahirt. (Demonstration.) Der Knochenlappen wurde zurückgeklappt, die Wunde heilte aus. Die Schmerzen waren nach der Operation mit einem Schlage verschwunden, aber die Pupille war ad maximum erweitert und blieb es auch, es trat Amaurose und eine leichte Oculomotoriuslähmung ein; nach einigen Wochen zeigte sich eine partielle Netzhautablösung und eine keilförmige Trübung der Papille. Pat., die jetzt als Wärterin im Krankenhause angestellt ist, und die vorgestellt wird, hat zur Zeit eine vollkommene Opticusatrophie, während die Netzhaut normal erscheint. Der Oculomotorius ist frei, eine Erweiterung der Pupille ist geblieben. Die Verletzung des Opticus und des Ganglion ciliare ist nur durch die Quetschung des Bulbus zu erklären. Ob diese durch Anwendung der Krönlein'schen Methode zu umgehen gewesen wäre, ist fraglich.

Schließlich erwähnt Vortr. noch einen Schädelschuss bei einem 31jährigen Arbeiter, der in horizontaler Lage einen 3 mm-Revolver direkt gegen die Stirn abfeuerte. Ein Skiagramm zeigt die dadurch hervorgebrachte Depressionsfraktur in der Mitte des Stirnbeines. Da andauernde Kopfschmerzen bestanden, wurden am 34. Tage nach der Verletzung, nach Erweiterung der Einschussöffnung in der Tabula externa, die in 4 rechtwinkelig aus einander gehenden Strahlen angeordneten deprimirten Splitter der Tabula interna entfernt. Der darunter liegende Sinus longitudinalis war thrombosirt.

Zuletzt demonstrirt der Vortr. das Präparat einer Schädelgewölbefraktur, die bei einem 4jährigen Mädchen durch Auffallen eines Zaunes auf den Schädel entstand. Die Pat. kam am 3. November 1893 völlig bewusstlos in das Krankenhaus mit bedeutendem, scharf abgegrenztem Kephalhämatom über beiden Scheitelbeinen und Vortreibung des rechten Auges. Es bestanden eine linksseitige Extremitätenlähmung, klonische Krämpfe in den rechten Extremitäten, im Arme beginnend, und eine Pulsfrequenz von 60 pro Minute. Es waren also allgemeine und partielle Hirndruckerscheinungen vorhanden. Die letzteren waren am besten durch einen Druck auf das motorische Rindencentrum rechts und eine geringfügige Verletzung des linken Rindencentrums, etwa durch Druck eines deprimirten Knochenstückes, zu erklären.

Eine Fraktur der Scheitelbeine unter dem Kephalhämatom wurde als wahrscheinlich angenommen. Da die rechtsseitigen Krämpfe zunahmen, Pat. nach einigen Tagen nicht mehr schluckte, und die Kräfte allmählich schwanden, wurde am 8. Tage, wo die Frakturlinie nach Resorption des Kephalhämatoms in beiden Scheitelbeinen deutlich zu palpiren war, durch beiderseitige Wagner'sche osteoplastische Resektion erst der linke, dann der rechte Scheitellappen freigelegt, und aus dem linken Scheitellappen hinter der Roland'schen Furche ein 2 cm tief in das Gehirn eingedrungener Knochensplitter entfernt, und von dem rechten Scheitellappen ein größeres Blutgerinnsel weggeräumt. Hier war die Dura zerrissen, außen und innen von Gerinnseln bedeckt. Das Gehirn darunter war gequetscht.

Die Zuckungen hörten sofort nach der ohne Narkose ausgeführten Operation auf, aber 8 Stunden nach der Operation ging das Kind unter Zunahme der Pulsfrequenz zu Grunde.

Das Präparat zeigt eine Querfraktur beider Scheitelbeine und von hier sich fortsetzende Fissuren, die rechts in das Dach der Orbita, links in das Keilbein eindringen.

Das Gehirn zeigt mäßige Quetschung in der rechten motorischen Rindenregion. Der Eingriff wurde hier vorgenommen, um wenigstens den partiellen Hirndruck zu heben, zumal nicht mit Sicherheit anzunehmen war, dass daneben noch eine Quetschung des Gehirns bestände. (Selbstbericht).

Zu dem Vortrage des Herrn Riese über Schenkelkopfexstirpation bemerkt Herr Martens, dass vor einiger Zeit in der kgl. Charité (Prof. König) ebenfalls 2 Fälle veralteter Schenkelhalsfraktur operirt wurden.

Die eine Pat. (39 Jahre alt) war 4 Monate lang mit Streckverbänden behandelt worden. Nunmehr wurde ein Versuch der Heilung durch Nagelung angestrebt; da dies auch misslang, wurde 3 Monate später der Schenkelkopf exstirpirt.

Die andere, 58jährige Pat. wurde der Charité mit einer seit 2 Jahren bestehenden Pseudarthrose zugeführt. Bei derselben wurde sofort der Schenkelkopf, welcher mit der Pfanne verwachsen war, entfernt.

Verhältnismäßig guter Erfolg bei beiden.

7) Herr Reichard: Demonstration.

a. 68jähriger Mann, bei dem Vortr. durch eine Gastroenterostomie im Juli 1899 eine außerordentlich günstige Einwirkung auf eine rein atonische Magendilatation erzielt hatte. Pat. hat sich 12 Jahre lang täglich mehrere Male den Magenschlauch einführen müssen. Jetzt isst er Alles ohne die geringsten Beschwerden, hat 24 Pfund zugenommen.

b. Vorlegung eines durch Operation gewonnenen, außerordentlich ausgebildeten Dermoids des Ovariums — vollständig entwickelter Zwischenkiefer mit 4 Schneidezähnen, an beiden Enden mehrere, klare Flüssigkeit enthaltende Blasen; der Tumor schwimmt wie ein Embryo an der Nabelschnur im Innern des großen, im Übrigen mit Dermoidbrei und Haaren gefüllten Geschwulstsackes; von dessen Innenwand geht die strangförmige Verbindung mit dem Tumor aus.

Sarfert (Berlin).

---

35) **Stolzenberg.** Zur Ätiologie der hereditären multiplen kartilaginären Exostosen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Verf. berichtet über eine Familie, in der der Vater und 5 Kinder an multiplen kartilaginären Exostosen erkrankt sind; bei 2 anderen Kindern dieser Familie sind zwar keine Exostosen aufzufinden, aber dafür Verdickungen im Bereiche der Epiphysen der langen Röhrenknochen. An einem dieser Familie angehörigen 13jährigen Knaben wurden 2 Exostosen an der unteren Epiphyse des linken Femur operativ behandelt; die laterale Exostose ist faustgroß, über ihr verschiebt sich die Sehne mit schnappendem Geräusche; die mediale Exostose ist haselnussgroß und auf Druck schmerzhaft. Der Stiel der Knochengeschwulst an der Außenseite musste durchmeißelt, die griffelförmige Exostose an der Innenseite ebenfalls mit dem Meißel entfernt werden. Heilung ohne Zwischenfall.

Die Durchsicht der Lokalisationen der Exostosen bei den einzelnen Familienmitgliedern ergiebt ein vorwiegendes Ergriffensein der Epiphysen der langen Röhrenknochen, aber auch am Schulterblatte, dem Schlüsselbeine, dem Warzenfortsatze, den Rippen und Phalangen finden sich Knochenauswüchse.

Die Mutter der Kinder soll gesund sein. 2 der Kinder haben an Rachitis gelitten, und auch bei den anderen Kindern kann auf überstandene Rachitis geschlossen werden.



Verf. geht zum Schlusse auf die bisher aufgestellten Theorien über die Ätiologie der in Rede stehenden Erkrankung ein und bespricht besonders die Anschauungen Jener, die die Rachitis für ursächlich halten. **Payr** (Graz).

36) **E. Kirmisson.** Deux cas intéressants d'anomalies de développement du squelette.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 5.)

Die berichteten Fälle betreffen ein 16jähriges Mädchen mit vielfachen Skelettdeformationen, rechtskonvexer Dorsalskoliose, Genu valgum der rechten Seite, vom Femur gebildet, Genu varum der linken Seite, von einer Tibiadeformation ausgehend, ferner einen 11½jährigen Knaben mit Wachsthumshemmung des linken Beines in Folge verfrühter Ossifikation der unteren Femurepiphyse. In diesen, so wie in mehreren anderen kurz angeführten Fällen von ungleicher Länge der Beine sieht K. das Walten der Spätrachitis, welche der Autor ja bekanntlich als Grundlage der Skoliose im höheren Wachsthumsalter erkennen zu müssen glaubt; jede andere Ätiologie für die mannigfachen Wachsthumsstörungen war ausgeschlossen. **Herm. Frank** (Berlin).

37) **Dörner.** Chirurgisch-kasuistische Beiträge.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Mittheilung zweier Fälle von Gelenkkörpern, deren erster im Anschlusse an ein vor 5 Jahren erlittenes Trauma entstanden war und unter Schleich'scher Lokalanästhesie entfernt wurde. Bemerkenswerth ist die mikroskopische Struktur des Gelenkkörpers, der nur aus Bindegewebe bestand, ohne irgend welche Andeutung von Knorpel- resp. Knochengewebe. Verf. glaubt daher seine Bildung auf Abschnürung von einer hypertrophischen Synovialzotte aus zurückführen zu sollen.

In dem 2. Falle (45 Jahre alter Pat.) wurden im Ganzen 23 Gelenkkörper entfernt, von denen 14 völlig frei lagen, während 9 mit der Kapsel im Zusammenhange standen. Der größte derselben hatte die respektable Länge von 8 cm, eine Breite von 4 und eine Dicke von 4½ cm. Mikroskopisch zeigten sämmtliche entfernten Körper alle Merkmale einer Mischgeschwulst der Bindegewebsreihe, sie enthielten vorwiegend Fett, aber auch Bindegewebe, Knorpel- und Knochengewebe.

Genaueres mag im Originale nachgelesen werden. **Hübener** (Dresden).

38) **A. Weiss.** Zur Kasuistik der operativ behandelten Pseudarthrosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 236.)

W. berichtet über das einschlägige Material v. Eiselsberg's aus der Königsberger Klinik. Es handelt sich um 10 Fälle, von denen 2 wegen Erfolglosigkeit der 1. Operation 2mal operirt wurden, also 12 Operationen. Das gewöhnliche und stets zuerst zu versuchende Verfahren besteht in Anfrischung der Fragmente, gefolgt von Knochennaht. Die Knochenanfrischung, sowohl mit der Drahtsäge als dem Meißel ausgeführt, geschah 6mal schräg, 3mal treppenförmig, 1mal keilförmig. Zur Naht wurde nach vorgängiger Durchbohrung des Knochens mit Drillbohrer Silber- bezw. Aluminiumbronzedraht gebraucht. 2 Fälle von Unterschenkelpseudarthrose wurden nach Müller durch Plastik mittels eines Haut-Periost-Knochenlappens aus der Tibia behandelt. Das eine Mal bestand eine 9 cm lange Lücke in der Tibia, zu deren Deckung ein 14 cm langer, 4 cm breiter Lappen zugeschnitten wurde, das 2. Mal war eine zunächst vorgenommene Knochenanfrischung der Fragmente erfolglos geblieben, bei der 2. Operation wurde der Excision der Narben an der Pseudarthrose die Plastik mit kleinerem Lappen hinzugefügt. Obwohl die Haut des Lappens brandig wurde, heilte der Knochentheil desselben gut ein, und erfolgte völlige Heilung. Überhaupt sind alle 10 Fälle geheilt entlassen, nachdem ungestörte oder doch fast ungestörte Wundheilung erzielt war, so dass die Leistungsfähigkeit der benutzten Therapie einleuchtet. Die Krankenberichte, von denen 1 den Ober-, 3 den Vorderarm, 2 den Ober-

schenkel, 4 den Unterschenkel betreffen, bei einem Alter der Pat. von 6—51 Jahren, werden durch 11 Röntgenbilder mit Ansichten der behandelten Extremitäten vor und nach der Operation hübsch erläutert. Man ersieht, dass die Heilung meist unter guter Reposition der vorher dislocirten Fragmente erfolgt ist. Nur in einem Falle von Oberschenkelpseudarthrose hinterblieb bei fester Konsolidation eine starke Dislokation ad axin mit Verkürzung um 10 cm. Der Fall war aber auch ein besonders schwerer, und machte bei der Operation die Mobilisirung des unteren Fragments, welches an der Innenseite des stark abducirten oberen hoch hinauf gerutscht war, die allergrößte Mühe. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

39) **S. Ruff.** Über die Behandlung der Gelenktuberkulose.

(Przegląd lekarski 1899. No. 19.)

Verf. berichtet über die in Rydygier's Klinik übliche Behandlungsmethode der Gelenktuberkulose. Vor Allem muss hervorgehoben werden, dass Rydygier eine schablonenmäßige, in allen Fällen gleiche Behandlungsmethode perhorrescirt und für genaue Individualisirung in jedem Falle ist. Rydygier ist kein absoluter Anhänger der konservativen Therapie und hat mit den verschiedensten gebräuchlichen Methoden nur wenig günstige Erfolge erzielt. In Folge dessen räth er, in jedem Falle, in welchem der Verdacht auf Sequester besteht, oder die eingeleitete konservative Behandlung von keinem evidenten Erfolge begleitet ist, möglichst bald zu einem blutigen Eingriffe zu schreiten. Von den konservativen Methoden haben sich namentlich Lannelongue's Chlorzinkinjektionen bei periartikulären Processen bewährt. Bei intrakapsulären Processen wurde sterilisirte Jodoformemulsion benutzt; — die Erfolge pflegten aber keine besonders glänzenden zu sein. Besonders gut haben sich Extensionsverbände so wie nach dem Principe von Lorenz, Hessing und Hoffa konstruirte Gehverbände bewährt. Die Bier'sche Stase wurde ebenfalls oft verwendet. Im Übrigen wurde, wie bereits erwähnt, operirt, wobei Arthrotomie und Resektion zumeist in Frage kamen.

Trzebicky (Krakau).

40) **Böcker.** Über cerebrale Kinderlähmungen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Zur Bestätigung der alten Erfahrung, dass bei Kontrakturen und Deformitäten in Folge spastischer Parese durch chirurgische und orthopädische Maßregeln eine Besserung der Lokomotion erzielt werden kann, berichtet Verf. über eine Reihe von Fällen, welche von Hoffa operirt worden sind. 13 Fälle betrafen die unteren Extremitäten. Nur diese will Verf. als Little'sche Erkrankung bezeichnet wissen. In 2 Fällen waren auch die oberen Extremitäten befallen. Unter diesen befindet sich ein 12 Stunden nach der Operation eingetretener Todesfall, der geeignet ist, bei der Behandlung schwerer Fälle zur Vorsicht zu mahnen. Ein Fall zeigte das Krankheitsbild der Athetose, und in 6 Fällen war cerebrale Hemiplegie anzunehmen. **J. Riedinger** (Würzburg).

41) **G. Wieting.** Zur Anatomie und Pathologie der Spina bifida und Zweitheilung des Rückenmarkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1. p. 40.)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Spina bifida, welche im Laufe des Jahres 1898 in dem Hamburger neuen allgemeinen Krankenhause zur Beobachtung gekommen waren. Der erst beschriebene Fall stellt eine Übergangsform der Rachischise zur Myelomeningocele dar, ist aber eher der letzteren zuzurechnen; im 2. handelt es sich um eine Myelomeningocele sacralis: Insertion des Rückenmarkes in einer Area medullo-vasculosa; diese trägt in der Mitte einen Spalt, der, mit Cylinderzellen ausgekleidet, in der Tiefe zum Centralkanal führt. Zugleich ist innerhalb der häutigen Hüllen eine umfangreiche Cystenbildung aufgetreten, die proximal in den Subduralraum übergeht. Im 3. Falle bestand eine Meningocele mit hochgradiger Entwicklungsstörung des Rückenmarkes, im 4. endlich eine reine

Meningocele. Während die Kinder in den 3 ersten Beobachtungen in wenigen Wochen an Meningitis resp. allmählichem Versagen der lebenswichtigen Funktionen zu Grunde gingen, wurde im 4. Falle die Operation der Meningocele vorgenommen, bestehend in Ausschneiden eines Querovals aus der Cyste, Spaltung einer 2. tiefer gelegenen und kleineren Cyste, Vernähung der letzteren nach Entleerung ihres flüssigen Inhaltes, Vereinigung der Haut. Das Kind gedieh zunächst gut, starb aber nach 8 Wochen an Enteritis und Pneumonie. In einem 5. Falle wurde die Trägerin der Meningocele erst in ihrem 22. Lebensjahre operirt. Die Operation hatte aber leider eine totale Paraplegie der beiden Beine und Blasen-Mastdarmlähmung zur Folge, obwohl Nervenfasern nicht mit exstirpirt worden waren. In einem 6. mitgetheilten Falle endlich war an einem Knaben im Alter von $^3/_4$ Jahren die Cystenflüssigkeit durch einfache Incision abgelassen; sie sammelte sich nicht wieder an, doch vermochte die Operation eine weitere Ausbildung der an den unteren Extremitäten bestehenden Störungen nicht zu verhindern.

Anschließend giebt Verf. eine detaillirte Schilderung der Entwicklungsgeschichte und pathologischen Anatomie der Spina bifida, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Was die etwaige operative Behandlung betrifft, so ist die Indikation vor Allem nach den Symptomen zu stellen; wo keine oder doch wenigstens keine schweren Lähmungen und keine größeren Defekte im Centralnervensysteme anzunehmen sind, ist die Operation am Platze, wo dagegen bereits erheblichere Störungen bestehen, könnte sie höchstens dazu dienen, den armen Geschöpfen das Leben zu verlängern und wird daher schon aus humanen Gründen besser unterlassen. Beim Bestehen spastischer Erscheinungen könnte etwa zunächst eine probeweise Entleerung des Sackes in Betracht kommen.

Honsell (Tübingen).

42) **Kirchgaesser** (Bonner med. Klinik). Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 42.)

In dieser 2. Abhandlung berichtet K. über 2 weitere Fälle (s. Referat dieses Centralblatt 1899 p. 1334), von denen der eine (früher Gonorrhoe) in der Mitte zwischen dem Strümpell'schen und dem Bechterew'schen Symptomenkomplexe der Wirbelsäulensteifigkeit steht, der andere dem letzteren zuzurechnen ist. Die Erkrankung begann bei diesem im direkten Anschlusse an eine Durchnässung und Abkühlung; die Schultergelenke waren mitbetheiligt, ihr Muskelsystem atrophisch, die Bewegungsbeschränkung der Hüftgelenke geringgradig. — K. kann im Übrigen der Annahme eines principiellen Unterschiedes zwischen der Strümpell'schen und Bechterew'schen Erkrankungsform nicht zustimmen.

Kramer (Glogau).

43) **Kermauner.** Ein Alveolarsarkom des Kreuzbeines.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 38.)

Zu den wenigen in der Litteratur bekannten erworbenen Geschwülsten des Kreuzbeines, darunter nur 5 operirte, fügt K. aus der Nicoladoni'schen Klinik einen neuen, von Payr operirten Fall.

Es handelte sich um einen 43 Jahre alten Pat., bei dem im Anschlusse an einen Fall auf das Gesäß sich innerhalb von 7 Monaten die erwähnte Geschwulst entwickelt hatte. Dieselbe war kindskopfgroß und hatte das ganze Steißbein, so wie das Kreuzbein bis in die Höhe des 1. Wirbelloches erfasst. Nach oben gegen den 1. — soll wohl heißen untersten (Ref.) — Kreuzbeinwirbel und die Synchondrosis sacro-iliaca bestand keine scharfe Grenze. Beim Abtragen wurde der Wirbelkanal breit eröffnet. Tamponade. Ungestörter Heilungsverlauf ohne Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen. Nach brieflichen Mittheilungen lebt der Pat. nach $1^1/_2$ Jahr nach der Operation und arbeitet auch.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Alveolarsarkom, dessen Ausgangspunkt am wahrscheinlichsten in der Dura mater zu suchen ist.

Hübener (Dresden).



44) N. Gionnettasio. Assenza congenita delle clavicole.
(Arch. di ortoped. 1899. No. 2.)

Von beiden Schlüsselbeinen war nur der sternale Theil in Gestalt zweier zarter, aber breitbasig und straffbefestigter Knochenstücke vorhanden. Die Schulter zeigte völlig freie und normale Beweglichkeit. Zufällig wurde die Deformität im 54. Jahre entdeckt. Als Ursache wird fötale Rachitis vermuthet. Es bestand noch Kyphoskoliose, Verbildung des Brustkorbes, der in Folge der Deformität abgeflachten Schlüsselbeingruben und außerdem eine starke Einziehung der linken Seitenwand zeigte, großer, unregelmäßiger, quadratischer Schädel mit eingedrückten Fontanellengegenden, die vordere Fontanelle nicht verknöchert.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

45) **L. E. Golubinin.** Abgesackte Aneurysmen und die heutigen Anschauungen über ihre Behandlung.
(Klinisches Journal 1899. No. 8. [Russisch.])

G. behandelte 4 Fälle mit subkutanen Injektionen von 2%iger Gelatinelösung (150,0—250,0). Ein Pat. war schon vorher moribund. Bei keinem wurde der Zustand gebessert, doch hält Verf. weitere Beobachtungen für erwünscht.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) **Crivelli.** Observation d'un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique développé dans la fosse sous-scapulaire.
(Revue de chir. 1899. No. 7.)

Der interessante Fall betraf einen 33jährigen Mechaniker; in ätiologischer Beziehung waren weder Syphilis noch Alkoholismus, höchstens Überanstrengungen bei der Arbeit als Ursache der Aneurysmabildung festzustellen. Die Geschwulst hatte sich lange Zeit unbemerkt entwickelt und dann als einziges Symptom sehr heftige Schmerzen verursacht, bis schließlich in der linken Regio subscapularis eine pulsirende Geschwulst nachgewiesen werden konnte, die die 4., 5. und 6. Rippe usurirt hatte. In der Annahme, dass ein Aneurysma einer Interkostal- oder der unteren Scapulararterie vorliege, gab C. dem Drängen des Pat., der die furchtbaren Schmerzen nicht mehr ertragen wollte, nach operativer Behandlung nach, legte das Aneurysma durch Schnitt bloß, musste aber bald die Operation abbrechen, da sich die Geschwulst in die Wunde weit vorwölbte und zu bersten drohte. Mit Mühe gelang es, über ihr die Weichtheile zur Vereinigung zu bringen. Pat. ging 4 Tage später an Herzschwäche zu Grunde. Die Untersuchung ergab als Ausgangspunkt des großen, mit Blutgerinnseln erfüllten Aneurysmas die Aorta thoracica.

Kramer (Glogau).

47) **R. v. Vasendorff.** Über die Verletzungen und Aneurysmen der Art. glutaea und ischiadica. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Landkrankenhauses zu Hanau. Oberarzt: Prof. Dr. O. v. Büngner.)
Inaug.-Diss., Marburg, 1899. 48 S.

Der von v. Büngner operirte Fall, welcher den Ausgangspunkt zu vorliegender Arbeit gab, betraf eine 66jährige Frau, welche vor 10 Jahren an Rheumatismus gelitten, sonst aber, abgesehen von Krampfadern und kleinen Geschwüren an den Beinen, stets gesund gewesen war. Seit November 1897 bildete sich auf der linken Hinterbacke ohne äußere Ursache eine pulsirende Geschwulst, die bis zur Aufnahme am 11. Juni 1898 Kindskopfgröße erreicht hatte und heftige, an der Hinterfläche des Oberschenkels bis zu den Zehen hinabziehende Schmerzen verursachte, so wie das Sitzen, auch auf der gesunden Hinterbacke, schließlich unmöglich machte. — Die Untersuchung ergab alle charakteristischen Symptome eines Aneurysmas; außerdem wurde eine Mitralinsufficienz und allgemeine Arteriosklerose festgestellt. Die Operation wurde in der Absicht unternommen, nach der Methode des Philagrius den aneurysmatischen Sack nach Unterbindung aller einmündenden Gefäße zu exstirpiren. Allein der Sack riss beim Versuch der Isolirung ein, und es erfolgte eine starke arterielle Blutung, die sich nur durch

Kompression beherrschen ließ, während alle Versuche, das Loch in der starren Wand zu schließen, fehlschlugen. Daher Freilegung der Hypogastrica Behufs Unterbindung, was in rechter Seitenlage leicht gelingt. Dabei zeigt sich, dass diese ebenfalls Sitz eines Aneurysma fusiforme und wegen ihrer veränderten Wand zur Unterbindung ungeeignet ist. Die Iliaca communis zeigt zwar auch kleine spindelförmige Auftreibungen und verkalkte Stellen, doch gelingt ihre Unterbindung an einer dazwischen liegenden, gesunden Stelle. Die Bauchwunde wird geschlossen und die Exstirpation des aneurysmatischen Sackes zu Ende geführt, wobei etwa $^2/_3$ der Dicke des in der Sackwand ausgebreiteten und mit ihr fest zusammenhängenden Nervus ischiadicus mit entfernt werden müssen. — Tamponade der nur in den Winkeln durch einige Nähte verkleinerten Wunde.

Am 2. Tage post oper. beginnt Gangrän des linken Beines, am Abend des 4. Tages Tod.

v. V. giebt im Anschlusse an diesen Fall in Tabellenform eine Zusammenstellung aller seit der umfassenden Arbeit von G. Fischer aus dem Jahre 1869 veröffentlichten Fälle von Verletzungen, traumatischen und spontanen Aneurysmen der Art. glutaea und ischiadica und bespricht auf Grund dieser beiden Statistiken die Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie dieser 3 verschiedenen Erkrankungen der in Rede stehenden Gefäße. Von diesen, für ein Referat sonst nicht geeigneten Ausführungen sei nur hervorgehoben, dass Verf. für die Verletzungen die doppelte Unterbindung in loco, für die traumatischen Aneurysmen die Methoden des Antyllus und Philagrius, für die spontanen Aneurysmen endlich Injektionen von Eisenchlorid, in Ausnahmefällen die Unterbindung der Hypogastrica empfiehlt. Die Unterbindung der Iliaca communis ist zu verwerfen, da bisher alle so behandelten Fälle tödlich verliefen.

R. v. Hippel (Dresden).

48) **Collin.** Anévrisme artérioso-veineux fémoral; quadruple ligature et exstirpation du sac; guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1899. Juli.)

Ein junger Officier hatte durch Zufall eine Schusswunde erhalten; das Geschoss, Flobert-Revolver von 6 mm Kaliber, war 12 cm unterhalb der Spina ant. sup. dextr. eingetreten und wurde nach einigen Tagen an der Innenseite des Oberschenkels 4 cm unterhalb der Leistenfalte dicht unter der Aponeurose ausgeschnitten, hatte also die ganze Vorderfläche des Schenkels durchbohrt, ohne dass aber eine irgend erhebliche Blutung erfolgt wäre. Trotzdem bemerkte der Verwundete selbst 16 Tage nach der Verwundung und nach fast völligem Schlusse der Hautöffnungen ein deutliches schwirrendes Geräusch, und C. stellte denn auch alsbald fest, dass an dem Vorhandensein eines Aneurysma der Femoralgefäße nicht mehr zu zweifeln war. Unter Esmarch'scher Blutleere wurde die Geschwulst von Wallnussgröße freigelegt, Arterie und Vene einzeln oben und unten mit Seidenfäden unterbunden und dann der Sack ausgeschält. Hierbei erfolgte von hinten unten aus einem Venenast eine starke Blutung, welche eine 5. Ligatur erforderte, gleichzeitig mit dem Seitenast auch die Arterie und Vene oberhalb der ersten Ligaturen umfassend. Es trat außer einer leichten Gefühlsstörung am inneren Knöchel keinerlei üble Erscheinung auf, nicht einmal später nach Heilung der Wunden Ödem beim Aufstehen. Nur die oberflächlichen Venen des Schenkels waren etwas weiter als am gesunden Beine. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

49) **Schlesinger.** Hydrops hypostrophus und Hydrops articulorum intermittens.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

S. bringt 2 neue Fälle von intermittirendem Gelenkhydrops; beide betrafen ein Kniegelenk. In dem einen war wohl ein Trauma die Ursache; dieser Fall verlief nicht ganz charakteristisch, da auch die Umgebung des Gelenkes geschwollen und geröthet war, und zwar nicht nur während der Anfälle, sondern auch zur Zeit der Abschwellung. Der andere Fall dagegen war durchaus typisch: ein halbes

Jahr lang entstand in regelmäßigen Abständen von 11 Tagen ein Hydrops im linken Kniegelenk. Solcher halbjähriger Anfallsperioden folgten 3 auf einander in Zwischenräumen von $1^1/_2$ Jahre. Daneben her ging in den Anfallszeiten eine starke Atrophie der Oberschenkelmuskulatur, die in den anfallsfreien Zwischenzeiten eben so wie das Gelenk vollständig zur Norm zurückkehrte.

S. fasst diesen intermittirenden Gelenkhydrops mit anderen ähnlichen periodisch auftretenden nicht entzündlichen Ödemen der Haut und inneren Organe (Quincke's akutes circumscriptes Hautödem, das akute recidivirende Lidödem, manche Formen nervösen Schnupfens, die intermittirende Anschwellung der Sehnenscheiden, manche Fälle von Asthma, nervösen Polyurien, Diarrhöen u. A.) zusammen unter dem Namen »Hydrops hypostrophus«, d. h. wiederkehrende ödematöse Schwellung. Der intermittirende Gelenkhydrops wäre also nur ein besonderer Typus des Hydrops hypostrophus, welcher durch eigenartige Lokalisation als selbständige Krankheit imponirt.

Zum Schlusse werden die bisher publicirten Fälle von intermittirendem Gelenkhydrops im Auszuge mitgetheilt. **Haeckel** (Stettin).

50) **Glaudot.** Contributions à l'étude de la désarticulation tibiotarsienne avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen.

(Arch. méd. Belges 1899. Februar.)

Die obige Operation ist ein in der Weise modificirter Syme, dass G., nach Absägung der Malleolen sammt Knorpel der Tibia, dazu übergeht, den Calcaneus subperiostal auszuschälen, so dass die Periostschale desselben sitzen bleibt. Dadurch bleibt die Fersenkappe steifer, schöner geformt, und die Verkürzung fällt geringer aus, 3—4 cm, so dass Pat. später mit Einlage im Schuh bequem laufen lernt. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

51) **Heidenhain.** Chopartstumpf mit Erhaltung aller Weichtheile der Sohle.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 11.)

Durch eine Phlegmone war bei einem 57jährigen Manne die gesammte Haut des Fußrückens zerstört worden. Transplantationsversuche misslangen bei dem körperlich sehr elenden Manne. Desshalb wurde die Exartikulation nach Chopart mit Erhaltung aller Weichtheile der Sohle vorgenommen. Kurze Zeit darauf wurde dieselbe Operation bei einer 70jährigen Frau mit gleich glücklichem Erfolge ausgeführt. Von ersterem Falle bringt Verf. eine Abbildung.

Motz (Hannover).

52) **Elsberg.** Über einen Fall von Hammerzehe.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Verf. bespricht an der Hand der hergehörenden Litteratur das Bild der als Hammerzehe bezeichneten Flexionskontraktur der 2. Zehe.

In dem von E. mitgetheilten Falle handelte es sich um eine in frühester Kindheit bemerkte Kontraktur der 2. Zehe, die durch Amputation entfernt wurde. Die Untersuchung des Präparats erwies eine Verkürzung der Ligg. lateralia, ein Befund, der nach Adams die Ursache der Hammerzehenbildung ist.

Ein Theil der vom Verf. aus der Litteratur angeführten Fälle spricht aufs klarste dafür, dass die Deformität eine erworbene ist; jedenfalls ist die Auffassung des Leidens als ein »hereditäres« noch nicht sicherstehend, und verweisen wir auf König's Ausspruch, der die fehlerhafte Fußbekleidung für »hereditär« hält.

Sehr interessant ist der Hinweis auf absichtlich durch Weichtheildurchschneidung, Ätzmittel etc. hervorgerufene Kontrakturen der 2. Zehe bei Rekruten, um Dienstuntauglichkeit zu simuliren. **Payr** (Graz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 10. Februar. 1900.

I. Offener Brief an Herrn Privatdocenten Dr. Vulpius in Heidelberg.

Von

Dr. Wilhelm Schulthess in Zürich.

Hochgeehrter Herr Kollege!

Ich bedaure, dass Sie Ihr Votum in der Diskussion über meinen in München gehaltenen Vortrag[1] in diesen Blättern[2] in so schroffer Form wiedergegeben haben.

[1] Über die Wirkungen des orthopädischen Korsetts. Vortrag in der chirurgischen Sektion der Naturforscherversammlung in München am 22. September 1899.

[2] Siehe dieses Centralblatt 1899. No. 50.

Leider habe ich versäumt, meine Antwort, in der Ihre Angriffe von mir gebührend zurückgewiesen wurden, dem Centralblatte ebenfalls einzureichen.

Jetzt sehe ich mich aber zu einer Erklärung an dieser Stelle um so mehr gezwungen, als Ihr Bericht eine thatsächliche Unrichtigkeit enthält und dem Unbetheiligten überhaupt eine ganz falsche Vorstellung der in jener Sitzung der Korsettfrage gegenüber herrschenden Stimmung giebt.

Sie schreiben u. A.: »Es muss konstatirt werden, dass alle anwesenden Orthopäden einen dem Schulthess'schen entgegengesetzten Standpunkt einnehmen«. Nun geht aber sogar aus dem sehr knapp gehaltenen Referate hervor, dass wenigstens 4 der Votanten, worunter 3 bekannte Orthopäden, sich ebenfalls für die Wünschbarkeit einer Reduktion der Korsettbehandlung ausgesprochen, mir also mehr oder weniger zugestimmt haben. Sie haben also keinesfalls das Recht, Ihre Stimme zu derjenigen der Gesammtheit der Orthopäden zu stempeln. Dass das nicht ein subjektiver Eindruck ist, den ich hier wiedergebe, mag Ihnen der Wortlaut eines vom Referenten des Centralblattes (Herrn Dr. Krecke) ebenfalls verfassten Referates in der deutschen Ärztezeitung (1899 No. 14 p. 311) beweisen. Dort heißt es am Schlusse des Referates: ... »Im Allgemeinen war aber doch der Eindruck der Debatte der, dass auch auf anderer Seite« (es sprachen mit Ausnahme von Herrn Kollegen Meynert nur Orthopäden!) »der Glaube an das Korsett wankend geworden ist. Viele wollen es nur bei vorgeschrittenen Fällen angewendet wissen«....

Ferner schreiben Sie:

»Die Tabellen, auf welche Schulthess seine Kritik basirt, sind theils auf Trugschlüssen aufgebaut, theils auf Messbildern, deren absolute Beweiskraft und Richtigkeit durchaus nicht feststeht. V. hält sie für unzweifelhaft unzuverlässig«. Sie wollten wohl sagen, die Tabellen haben zu Trugschlüssen geführt, denn die Tabellen sind aus Zahlen und Maßen konstruirt; den Beweis, dass ich Trugschlüsse gemacht habe, werden Sie mir schuldig bleiben.

Ihre, ohne genaue Kenntnis meiner Messungsmethode, ohne vorherige Kontrolle meiner in München aufliegenden Messbilderalbums und ohne Beibringung von Gegenbeweisen aufgestellte Behauptung, dass meine Messungen unzuverlässig seien, weise ich energisch zurück. Solche Behauptungen stammen immer von solchen Kollegen, welche selbst nicht zu messen pflegen und in Folge dessen keine Gelegenheit hatten, ihr Urtheil vermittels objektiver Messungen regelmäßig zu kontrolliren. Über die Berechtigung und Zuverlässigkeit meiner Messungsmethoden habe ich mich durch eine Reihe von Arbeiten aus unserem Institute in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie schon genügend ausgewiesen; auch appellire ich hier an die große Zahl von Kollegen, welche Gelegenheit hatten, diese Untersuchungsmethoden in unserem Institute kennen zu lernen.

Ohne auf das eigentliche Diskussionsthema: »Vermehrt oder vermindert das orthopädische Korsett die Torsion,« einzugehen, — hierzu fehlten Ihnen natürlich die nöthigen Beobachtungen —, haben Sie in Ihrem Votum den Versuch gemacht, die jahrelange, ernste Arbeit eines Kollegen mit 2 Worten abzuthun. Dass es wenigstens in München beim Versuche geblieben ist, hat mir zur Genüge der Beifall bewiesen, der meinem, hauptsächlich Ihnen gewidmetem Schlussworte zu Theil wurde. Ich weiß, dass ich einer großen Zahl einsichtiger Ärzte aus dem Herzen gesprochen habe. Dass es bequemer ist, seine Resultate mit einigen schönen Sätzen zu umschreiben (siehe Vulpius, Aus der orthopädisch-chirurgischen Praxis; Leipzig, Veit & Co., 1898, p. 16—18), Skoliosen nur im Hängen oder in momentan redressirten Stellungen abzubilden, als über das therapeutisch Erreichte exakte Angaben zu machen, ist selbstverständlich; aber eben so selbstverständlich ist es, dass nur eine streng durchgeführte, methodische Kontrolle der eigenen Arbeit den Einzelnen und die Gesammtheit fördern kann.

Und endlich muss ich Sie darauf aufmerksam machen, dass ich in meiner Kritik der Korsettbehandlung mich nicht gegen die Anwendung des Korsetts überhaupt ausgesprochen, sondern hauptsächlich gegen den Unfug geredet habe, der in so fern getrieben wird, als eine übergroße Zahl von Skoliosen durch Ärzte und Nichtärzte, durch Specialisten und Nichtspecialisten einfach mit Korsetts behandelt werden. Dass ich mit meiner Ansicht nicht allein stehe, wird demnächst durch die bereits angekündigte Arbeit von Hüssi ausführlicher dargethan werden. Abfällige Bemerkungen über das Korsett und die Portativapparate, noch weit abfälligere wie meine Schlüsse, finden sich genügend vor. Ich citire nur einen:

»Les appareils, déstinés à guérir la scoliose, n'ont jamais servi qu'à enrichir les médecins qui les ordonnent et les ouvriers qui les fabriquent«.

Heath, Leçon clinique sur la scoliose. Brit. med. journ. 1895, März 16. ref. in Revue d'orthopédie; T. VII

Ich bedauere nochmals, dass Sie mich gezwungen haben, meinen Standpunkt öffentlich zu wahren.

Mit kollegialer Hochachtung

Dr. Wilhelm Schulthess.

II. Antwort an Herrn Privatdocenten Dr. Schulthess in Zürich.

Von

Oscar Vulpius in Heidelberg.

Hochgeschätzter Herr Kollege!

Ich habe in München bedauert, dass erst in der letzten Viertelstunde der Versammlung Ihr Aufsehen erregender Vortrag gehalten

wurde, weil dadurch eine genügende Diskussion über Ihre für die Praxis bedeutsamen Ausführungen unmöglich war.

Ich bedaure heute, dass Sie zu der weiteren Verfechtung Ihrer Ansichten die Form des offenen Briefes gewählt haben, welche gar zu leicht, wie auch Ihr Schreiben zeigt, zu persönlichen Angriffen statt zu sachlichen Erörterungen Veranlassung giebt. Diese letzteren wenn möglich auf einem kommenden Kongresse herbeizuführen, habe ich mir damals sofort vorgenommen, und ich beschränke mich darum heute darauf, Ihre Vorwürfe zurückzuweisen.

Sie drücken die Meinung aus, dass mein Autoreferat in diesem Blatte das Diskussionsresultat nicht richtig wiedergebe. So begreiflich ich Ihr Bemühen finde, aus den kurzen Bemerkungen unserer Fachgenossen die für Sie günstig lautenden herauszusuchen, so brauche ich Sie doch nur auf das Diskussionsreferat in diesem Blatte 1899 No. 50 hinzuweisen, das ebenfalls von Herrn Kollegen Krecke herrührt, um Sie an Meinungsäußerungen zu erinnern, die Ihrem Urtheile mehr oder weniger entschieden, aber doch durchweg widersprechen.

Wenn Sie jetzt sagen, dass Sie nur gegen den Unfug in der Korsettanwendung sich richten wollten, so wäre anzunehmen, dass damals Ihr Temperament Sie mit fortgerissen und dazu geführt hat, nach Hoffa's Ausspruch bei der Diskussion »das Kind mit dem Bade auszuschütten«.

Nun schreiben Sie aber heute, das eigentliche Diskussionsthema sei gewesen: »Vermehrt oder vermindert das orthopädische Korsett die Torsion?« Ganz recht! Sie bejahten dessen schädlichen Einfluss und mussten demnach folgerichtig das Korsett verwerfen.

Vergleicht man damit Ihre heutige Behauptung, so erhält man beinahe den Eindruck, dass Sie nicht nur vergessen haben, was Sie in München sagten, sondern auch, was Sie hatten sagen wollen.

Meinen Satz im Referate, in dem Ihre Tabellen erwähnt werden, bitte ich nicht, wie Sie vorschlagen, umändern zu wollen. Er entspricht dem Eindrucke, den ich bei Ihrem Vortrage gewonnen habe und wird bezüglich der Trugschlüsse begründet werden, wie Sie wünschen, sobald Ihr Vortrag im Drucke erschienen sein wird.

Da, wo Sie und ich auf Ihre Messbilder zu sprechen kommen, tritt eine Differenz zwischen uns zu Tage nicht nur hinsichtlich unserer Meinungen, sondern auch in deren Ausdruck. Ich sprach ausdrücklich mein Bedauern aus darüber, dass Ihr meines Erachtens schädlicher Versuch praktischer Verwerthung der Messbilder im Kampfe gegen das Korsett mich zwinge, Zweifel zu äußern an der absoluten Zuverlässigkeit der mit bewundernswerther Ausdauer von Ihnen gesammelten Bilder. Sie hingegen vertheidigen ihre Position gegen mich und überhaupt gegen Andersdenkende mit dem groben Geschütze unrichtiger und unberechtigter Behauptungen.

Auch ich messe meine Skoliosen, wenn gleich in anderer Weise als Sie. Selbstverständlich kenne ich auch Ihr Messverfahren und dessen von Ihnen veröffentlichte Ergebnisse, von denen manche

allerdings geeignet sind, Bedenken hinsichtlich der Verlässlichkeit der Messungen zu erregen. Aber schon ohne diese Kenntnisse ist der Zweifel berechtigt und begründet im Hinblicke theils auf die unvermeidlichen Haltungsveränderungen der Pat., theils auf die persönlichen Messfehler, die Sie bei allem guten Glauben an Sich und Ihre Sache nicht werden bestreiten wollen.

Was Jagerink (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII Hft. 1) gegen den Zander'schen Messapparat und den Werth seiner Messbilder vorbringt, gilt mutatis mutandis eben so für Sie, so schmerzlich dies für Sie sein mag, und so gern ich Ihnen zugestehe, dass ihre Kurven relativ die besten sind. Solche gelegentliche Messungsstörungen werden für Ihre Kurven übrigens zugegeben in der letzten aus Ihrer Anstalt erschienenen Arbeit mit den Worten: »Unsichere Fälle, solche z. B., wo die Pat. bei der Messung unruhig waren, wurden bei der Auswahl weggelassen« (l. c. Hft. 2 und 3 p. 204; Stahel, Klinische Untersuchungen über die Lendenskoliose).

Ein solcher Messungsfehler erklärt wohl auch am besten, wie so Sie z. B. eine mäßige Skoliose auf Grund der Messung nach 4wöchentlicher Behandlung als gebessert, nach 1monatlicher Fortsetzung Ihrer Kur als verschlechtert bezeichnen zu müssen glaubten.

Wenn Sie mir weiter den eigenthümlichen Vorwurf machen, es fehlten mir die nöthigen Beobachtungen über die Korsettwirkung, so sollte man eigentlich meinen, dass dies wohl mehr für Sie zutreffen müsse, da Sie ja das Korsett verwerfen, also wohl auch kaum Gelegenheit haben, es anzuwenden und seine Wirkung zu studiren.

Was schließlich Ihre allerdings wenig liebenswürdigen Citate anlangt, so können Sie mit Citaten Nichts und Alles beweisen. Sie werden so ziemlich jeder beliebigen Lehre entgegengesetzte Ansichten aus der Litteratur gegenüberstellen können.

So viel zur Abwehr!

Im Übrigen wollen wir unsere Meinungsverschiedenheiten künftig lieber auf der Arena sachlicher und wissenschaftlicher Erörterungen austragen und wollen wünschen, dass das siegt, was unseren Kranken zu Nutz und Frommen ist.

Dies Ziel steht ja gewiss uns Beiden über persönlichen Reibungen und Bemängelungen.

Mit kollegialer Hochachtung

O. Vulpius.

---

1) **F. König.** Zur Geschichte des sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus.

(Therapie der Gegenwart 1899. December-Heft.)

K. spricht die Hoffnung aus, dass die Klarstellung der Ätiologie es bald ermöglichen möge, den »großen Sack des sog. chronischen Gelenkrheumatismus auszuschütteln und zu sichten«.

Einige kurz skizzirte Beobachtungen werden als Prototypen einer großen Gruppe multipler Gelenkerkrankungen angeführt, die »bis dahin« mit Unrecht dem chronischen Rheumatismus zugerechnet seien. Es handelte sich zweifellos um gonorrhoische Gelenkaffektionen, die sich meist nach Beendigung des akuten Stadiums des Trippers, während des Nachtrippers, ausbilden, und die einmal durch ihre Multiplicität, weiter dadurch charakterisirt sind, dass die Gelenkergüsse mäßig sind, dagegen die Erkrankung des Bandapparates, oft auch des Knorpels, im Vordergrunde des Bildes steht. Die schnell versteiften Gelenke werden bald deform, selbst ankylotisch.

Nach K. liegt die Annahme nahe, dass von der Pars prost. urethrae Zerfallsprodukte der gonokokkisch inficirten Gewebe in die Blutbahn aufgenommen und in die Gelenke verschwemmt werden.

Gross (Straßburg i/E.).

---

2) **T. Okamura.** Zur Lehre über die Wachsthumsrichtung der Haare in der ersten Anlage.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 11.)

O. hat an verschiedenen Thierembryonen Studien über die Entwicklung der Haare und ihre Wachsthumsrichtung gemacht und kommt zu dem Resultate, dass gleichzeitig mit oder sofort nach der Entstehung der circumscripten Wucherung der tiefsten Epithellage, aus welcher sich das Haar entwickelt, eine Verdichtung der unmittelbar sich anschließenden Bindegewebszellen zu konstatiren ist, welche immer an einer Seite besonders mächtig ist. »Die Anlage der Papille ist schon im jüngsten Haarkeime enthalten, und zwar immer auf der der Schrägheit entsprechenden Seite und geht aus dieser Anhäufung der Zellen hervor, wobei auch gleichzeitig die Haarkeime in schiefe Stellung gerathen.« **Jadassohn** (Bern).

---

3) **V. Bandler.** Zur Histologie des Naevus sebaceus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Heft 1.)

Die in neuester Zeit mit besonderem Eifer betriebene Untersuchung von Naevis ist zweifellos für die Kenntnis der Histogenese vieler Geschwülste von besonderer Bedeutung. Es zeigt sich immer mehr, wie differente Dinge unter dem ätiologischen Begriffe des Naevus zusammengefasst werden. Zu den erst in letzter Zeit erkannten gehören auch die Talgdrüsen-Naevi, d. h. solche auf kongenitaler Anlage beruhende Geschwülste, welche ganz oder wesentlich aus in ihrer Struktur normalen, nur für die betreffende Stelle abnorm großen und reichlichen Talgdrüsen bestehen. Zwei solche Geschwülste, beide an der Stirn lokalisirt, beide pigmentirt und beide schon klinisch durch das Hervortreten der Follikelöffnungen diagnosticirbar, beschreibt der Verf. aus der Pick'schen Klinik; er bezeichnet sie nach dem Vorschlage des Ref. als Naevi sebacei. (Ich selbst habe seit dem Jahre 1896 noch wiederholt typische Talg-



drüsen-Naevi gesehen, auffallenderweise 2 ebenfalls an der Stirn. Ref.)

Jadassohn (Bern).

4) **V. Zarubin.** Die neuesten Thatsachen betreffend die Frage über den Einfluss der X-Strahlen auf gesunde und kranke Haut.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 10.)

Die Arbeit stellt ein dankenswerthes, wenn auch nicht vollkommenes Referat über die Litteratur der letzten Jahre dar — der Verf. schließt aus dem veröffentlichten Material, dass die X-Strahlen gute Dienste leisten bei Lupus vulgaris, Ekzema chronicum, zur Entfernung der Haare von Naevis, bei einzelnen Ulcera varicosa, Acne vulgaris, Lupus erythematodes, Hypertrichosis, Favus, Psoriasis, Elephantiasis und Epheliden. »Sehr häufig« sind schädliche Nebenwirkungen, Dermatitiden (komplicirt durch Nekrose und Abscesse etc.), Atrophie, Pigmentirung und Eintrockung der Epidermis. Mit Recht betont Z. am Schlusse die Nothwendigkeit, mit Vorsicht weitere Versuche zu machen.

Jadassohn (Bern).

5) **Funk.** Über chlorotische Dermatosen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 11.)

Verf. beschäftigt sich in diesem Aufsatze speciell mit der Acne der Seborrhoe der Gesichts- und Kopfhaut, dem Haarausfalle, welche häufig, und den Ekzemen, welche seltener auf chlorotischer Grundlage auftreten. — Auch bei jungen Männern spielen Herabsetzung der Ernährung, Verdauungsstörungen (Polydipsie), besonders aber auch die familiäre Anlage eine wesentliche Rolle in der Ätiologie der Acne. Grobe Diätfehler (wie vermehrte Flüssigkeitsaufnahme) haben manchmal einen schädlichen Einfluss.

Eine ausgiebige Eisen-Arsen-Behandluug besonders in der Sommerfrische, eventuell nach derselben eine Kur mit steigenden Arsendosen, eine an Gemüse und Obst reiche Nahrung, Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme (1—$1^1/_4$ Liter), aseptische und antiseptische Lokaltherapie haben sich dem Verf. am meisten bewährt.

Jadassohn (Bern).

6) **E. Heuss.** Über chronische Primeldermatitis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 1.)

Es ist in letzter Zeit eine Anzahl von Fällen veröffentlicht worden, in denen die Beschäftigung mit der Primula obconica eine akute Dermatitis der Hände, Vorderarme, des Gesichts und des Halses hervorgebracht hat. Es handelt sich dabei zweifellos um eine specifische Idiosynkrasie einzelner Personen gegenüber dieser Pflanze. Meist wurde über akute Entzündungen nach einmaliger Berührung berichtet. H. veröffentlicht nun 3 Fälle, in denen eine chronische Dermatitis, oder besser gesagt eine immer wieder reci-

divirende und dadurch sich über längere Zeit hinziehende Entzündung durch diese Primelart bedingt wurde. Die Erkrankung sieht ganz wie ein Ekzem aus — in den Fällen einmaliger Berührung mehr wie ein akutes, in denen immer wiederholter mehr wie ein chronisches. Die Diagnose kann natürlich mit Sicherheit nur durch den Nachweis des Corpus delicti gestellt werden. Die Therapie besteht in Entfernung der Ursache und in Antiphlogose. Ob Frauen wegen ihrer zarten Haut speciell disponirt sind, wie Verf. glaubt, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

(Ich habe in letzter Zeit einen solchen »chronischen« Fall bei einem Gärtner mit recht derber Haut gesehen. Zeitdauer $1^1/_2$ Jahr.)

Jadassohn (Bern).

---

7) **A. Haslund.** Vaccina generalisata und deren Pathogenese.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 2 u. 3.)

Nach einer Einleitung, in welcher sich H. ganz auf den Standpunkt stellt, dass der Vaccine und der Variola dasselbe Virus zu Grunde liegt, welches bei der ersteren nur gemildert sei, und nach einer kurzen Besprechung der Vaccineexantheme (Erytheme, Urticaria) und der Mischinfektionen (Impetigo contagiosa, Erysipel) erörtert Verf. die Pathogenese der »Vaccina generalisata«, d. h. der disseminirten Exantheme, welche aus klinisch ganz mit den Impfbläschen übereinstimmenden Efflorescenzen bestehen. In dem Streite, ob diese Exantheme durch Autoinokulation oder »von innen her« entstehen, tritt H. — ohne die erstere Möglichkeit ganz zu leugnen — doch sehr energisch für die letztere ein und führt dafür das frühzeitige Auftreten des Exanthems, das Fieber, die runde Form der Vaccineefflorescenzen, das Fehlen einer Inkubationszeit für die disseminirten Bläschen — nach Entwicklung der Impfbläschen selbst, — die Seltenheit dieses Exanthems an. Er polemisirt speciell gegen Wetterer; jeder der von diesem Autor angeführten Punkte wird besprochen: es sind nicht in allen Fällen von Vaccine generalisata juckende Hautkrankheiten vorhanden gewesen, es fehlen oft Kratzeffekte an der Stelle der Impfpusteln; auch bei anderen Infektionskrankheiten treten die Efflorescenzen nicht auf einen Schlag, sondern nach und nach auf; es giebt auch Blasen an solchen Stellen, an denen sich die Patt. nicht kratzen können (zwischen den Schulterblättern).

Auf Grund von Thierversuchen Chauveau's glaubt H., dass bei der Vaccine generalisata »der absorbirte und in die Blutcirkulation übergegangene Theil des Virus durch eine an der Impfstelle verspätete Immunisirung im Stande ist, die aberranten Blasen hervorzubringen«. Die Stärke des Virus wird dafür kaum eine Bedeutung haben. In einem Falle des Verf. waren die Impfpusteln besonders schwach ausgeprägt. Die in der Litteratur mitgetheilten Fälle von Vaccine generalisata, bei denen die letztere ohne vorhergehende

Impfung durch die Berührung nässender Hautstellen mit frischen Impfpusteln einer anderen Person zu Stande gekommen sind, sind durch H.'s Annahme gut zu erklären; er meint, dass es sich in diesen Fällen um eine zufällige Impfung an einer Stelle und Absorption des Virus an dieser Stelle handle.

Die Häufigkeit der Vaccina generalisata ist schwer zu beurtheilen; Chauveau gab 6—8 Fälle unter 5—600000 Impfungen an; H. hat 6 unter 310000 Geimpften gefunden. Nur 1 Fall bei einem Revaccinirten ist berichtet.

Die Prognose ist in der Regel gut; bestehende Hautkrankheiten scheinen meist verschlimmert zu werden. 3mal ist der Tod eingetreten. Die generalisirten Bläschen hinterlassen nicht immer Narben; ihre Behandlung ist rein symptomatisch. Da Hautkrankheiten zu der Generalisirung zu disponiren scheinen (unter H.'s Fällen war das nur 1mal der Fall), sollte man hautkranke Kinder vorerst nicht impfen. Schutzkapseln für die Impfstelle haben nach H.'s Ansicht zur Prophylaxe dieser Krankheit für die Geimpften selbst keine Bedeutung.

Zum Schlusse giebt H. die Krankengeschichten von 6 Fällen und setzt bei jedem aus einander, warum er nicht an eine Autoinokulation glaube.

Anhangsweise referirt er über eine von Froumy berichtete sehr interessante Massenerkrankung an Vaccine generalisata bei der Revaccination von 175 Kadetten, von denen 64 normale, 56 weniger gute, 55 keine Impfblattern bekamen. Bei 8 traten auch Papeln und Blasen im Gesicht, bei 12 eine typische Vaccine generalisata (4 sehr stark, auch mit Schleimhautlokalisation — das letztere zum 1. Male berichtet!) auf. Alle waren mit derselben Lymphe geimpft worden.

(Die Annahme, dass nur die Prädisposition, nicht aber die Lymphe an diesem eigenthümlichen Resultat die Schuld tragen könne, ist doch wohl nicht ganz berechtigt; denn wenn auch diese Lymphe eine große Anzahl von normalen Resultaten ergeben hat, so ist doch eine solche Häufung eigenartiger Prädispositionen eine bisher bei der Impfung noch kaum je beobachtete Thatsache. Man muss meines Erachtens annehmen, dass die Intoleranz gegenüber dieser Lymphe häufiger ist, als gegenüber der fast immer normal wirkenden. Ref.)

Jadassohn (Bern).

---

8) G. Löwenbach. Über Acne urticata.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Heft 1.)

Unter dem Namen »Acne urticata« hat Kaposi eine außerordentlich chronische Erkrankung beschrieben, bei welcher sich jahrelang speciell im Gesicht und am behaarten Kopfe, dann aber auch an den Extremitäten unter heftigem Brennen, Jucken und Schmerzgefühl quaddelähnliche, blassrothe, sehr harte Erhebungen bilden, welche mit aller Gewalt aufgekratzt werden und mit Narben und Pigmentirungen abheilen. Die Krankheit ist sehr selten, dauert

jahre- und jahrzehntelang, ihre Ätiologie ist unbekannt, eben so eine wirksame Therapie. Einen solchen Fall hat L. in der Joseph-schen Poliklinik untersuchen können. Die Affektion war im 25. Lebensjahre im Anschluss an eine Scabies aufgetreten und bestand zur Zeit der Beobachtung schon 10 Jahre lang. Der Verf. hat zum 1. Male eine histologische Untersuchung einer solchen Efflorescenz vornehmen können. Wie klinisch, so steht auch mikroskopisch diese Krankheit in der Mitte zwischen chronischer Urticaria und der als Acne necrotica bezeichneten Erkrankung ebenfalls unbekannter Ätiologie. Bezüglich der Details des histologischen Befundes muss auf das Original verwiesen werden. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **P. G. Unna** und Frau **Schwenter-Trachsler.** Impetigo vulgaris.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 5—8.)

Das Wort Impetigo hat in der Dermatologie vielfache Wandlungen erlebt, denen nachzugehen den Rahmen dieses Referates weit überschreiten würde. Im Allgemeinen haben die Dermatologen in letzter Zeit nur 2 Affektionen mit diesem Namen bezeichnet: die seltene und schwere Krankheit »Impetigo herpetiformis« und die »Impetigo contagiosa«, die bekannte durch Bläschen und gelbe Krusten charakterisirte, meist harmlose Erkrankung der unbedeckt getragenen Körpertheile speciell von Kindern. U. hatte dann als »Impetigo Bockhart« die pustulösen, durch Infektion mit banalen pyogenen Mikroorganismen bedingten Efflorescenzen beschrieben, welche mit und ohne Ekzeme vorkommen. Vielfach war die Identität der Impetigo contagiosa mit der Impetigo Bockhart, d. h. auch die Entstehung der ersteren durch Infektion mit banalen Staphylokokken behauptet worden; mehrfach hatte man auch Streptokokken als ihre Ursache hingestellt. In der vorliegenden Arbeit unternehmen es die Verff., nach einem eingehenden historisch-kritischen Überblicke über die bisherigen Arbeiten den Nachweis zu erbringen, dass es eine durch einen wohl charakterisirten Mikroorganismus erzeugte Krankheit, die in allen Großstädten endemisch ist, giebt, die identisch mit der bisher sogenannten Impetigo contagiosa ist, und die sie Impetigo vulgaris nennen.

Diese Krankheit ist am häufigsten zwischen 3. und 10. Lebensjahre; sie wird in Schulen, auf Spielplätzen erworben, Kinder einer Familie stecken sich gegenseitig an, manchmal auch Erwachsene, bei denen der Process schnell und mit geringer Ausbreitung abläuft. Die primären Efflorescenzen sind kleine rothe Punkte, die sich in 12—24 Stunden mit wasserhellen Bläschen bedecken; die letzteren können mit und ohne vorhergehende Trübung zu kleinen Krusten eintrocknen, die abfallen, ohne einen rothen Fleck zu hinterlassen. Typisch aber ist es, dass sich um diese Efflorescenzen und sie verdeckend hornartige, honiggelbe größere Krusten ausbilden, die nur

durch Konfluenz zu größeren polycyklischen Scheiben anwachsen; nach Abfall dieser Borken bleiben scharf umrandete, meist runde, glatte, exquisit rothe Flecke (ein nach den Verff. sehr charakteristisches Symptom) zurück. Als Atypien kommen größere seröse oberflächliche Blasen vor. Die Lokalisation ist vorzugsweise im Gesicht, an Händen, weiterhin auch an Unterschenkeln und Füßen. Am behaarten Kopfe bilden sich sehr dicke Krusten, welche auf sonst gesunder Kopfhaut stehen und die Haare verkleben. Selten — und noch nicht sicher als identisch erwiesen — sind Efflorescenzen auf der Mundschleimhaut; häufiger ist eine Eiterung des äußeren Gehörgangs, welche das Trommelfell frei lässt. Konstant ist bei der Lokalisation im Gesicht Schwellung und Druckempfindlichkeit der submaxillaren Drüsen (am beträchtlichsten in der 2. Woche): Allgemeinbefinden meist ungestört; Jucken nur im Beginn oder bei Komplikationen.

Die Differentialdiagnose gegenüber dem Ekzem stützt sich auf den akuteren Verlauf, das fehlende Jucken, die fehlende Verdickung, die scharfen polycyklischen Ränder etc.

Die »Impetigo circinata« hat dünne Schuppen und ein abheilendes Centrum — die durch Staphylokokken bedingten Impetigines werden bald grünlich-gelbe Eiterpusteln, sind selten (?) und meist vereinzelt, gehen in Follikulitiden, Furunkel etc. über. Die Impetigo streptogenes ist selten, sehr deletär, führt zu Nekrose und Sepsis.

Die Impetigo vulgaris hat eine günstige Prognose; ihre Therapie hat Entfernung der Infektionskeime und Trockenlegung zu erstreben — Reinigung und Zinkoxyd-Schwefelpaste.

Die histologische Untersuchung hat den Verff. ein ebenfalls ganz charakteristisches Bild ergeben, auf dessen Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann. Zu dem primären, »größtentheils in den Follikeleingang versenkten« Bläschen kommt ein sekundäres, »an der Oberfläche des Deckepithels sich entwickelndes«, welches die große Kruste bildet.

Die Bakterien der Impetigo vulgaris werden zunächst an Präparaten geschildert, die von schön durchscheinend gelben, 4—5 Tage alten, trockenen Krusten von Stirn oder Backen durch Einbettung in Celloidin gewonnen waren. In den gefelderten Krustenschnitten finden sich nur so viel Leukocyten, wie dem Serum entsprechen, während Staphylokokken immer reichlich Leukocyten anlocken. Die Einzelkokken werden zuerst »Diplokokken von im Allgemeinen etwas gestreckter Form, die weiterhin zu einer kurzen Kette von 4—6 Gliedern anwachsen«. Nie bilden sich längere oder umgebogene Ketten. Weiter kommen kleine Haufen von Kokken vor, von denen kleine, steif abstehende »Ausläufer« ausgehen (ähnlich »einer Hand mit gespreizten Fingern«). Die einzelnen Kokken sind von unregelmäßiger Größe und Form; ältere färben sich häufig in der Form von »Hohlkokken«.

Als Verunreinigungen fanden sich mehrmals Streptokokken, auffallend selten sind dabei Staphylokokken vorhanden. Mit 2 Kokkenvarietäten, die aus Impetigo vulgaris gezüchtet waren, einer ockergelben und einer weißen Art, wurden bei Kindern und bei Erwachsenen Inokulationsversuche mit positivem Erfolge vorgenommen; die Impfefflorescenzen enthielten die gleichen Mikroorganismen; ihr klinisches Bild entsprach dem der Impetigo vulgaris.

Der letzte Theil der Arbeit enthält die bakteriologische Beschreibung der Impetigo vulgaris-Kokken. Die beiden Arten von Kokken gleichen sich mit Ausnahme der Farbe vollständig. Sie unterscheiden sich durch eine Anzahl von kulturellen Eigenschaften von dem Staphylococcus pyogenes aureus, mit dem sie am leichtesten verwechselt werden können. Diese Differenzen werden in einer Tabelle zusammengestellt.

Zum Schlusse betonen die Verff. noch die Nothwendigkeit, die verschiedenen Kokkenarten, welche die menschliche Haut bevölkern, genau zu studiren, wozu eine Verbesserung der bakteriologischen Methodik, Vermehrung der Nährböden etc., unentbehrlich sei.

Der Arbeit sind 2 Abbildungen von inokulirten Impetigo-Efflorescenzen beigegeben. **Jadassohn** (Bern).

10) **P. G. Unna.** Unguentum pomadinum aromaticum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 12.)

Statt seines lange gebrauchten Unguentum pomadinum — einer Schwefel-Kakaobuttersalbe, welche stark riecht und noch zu stark fettet — benutzt U. jetzt ein »Unguentum pomadinum aromaticum cum Gelantho« (Rp. Tinct. aromat., Gelanth. āā 20,0 Ungu. cerei [cera alba parati] 60,0), welches angenehm riecht und die Haare nicht fettet, dagegen diese nach dem Waschen mit Seife zu trocken werden lässt; um das letztere zu vermeiden lässt U. mit verdünntem Citronensaft nachwaschen oder mit »Glycerin., Succi citri āā 10,0, Spirit. dilut. 80,0« bürsten. Man kann in das Ungu. pomadinum aromaticum alle trocknen, fettigen und spirituösen Medikamente verreiben lassen. **Jadassohn** (Bern).

11) **E. Heuss.** Über Paraplaste.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 2.)

Als Hauptvorzüge der von Beiersdorf & Co. fabricirten Paraplaste vor den bislang gebrauchten Pflastermullen führt H. an: die größere Haltbarkeit und Klebekraft, geringere Verschieblichkeit und Zerreißlichkeit, leichtere Ablösbarkeit ohne Rückstand. Sie reizen nach H.'s Erfahrungen nicht stärker, halten sich aber länger, als die Pflastermulle; auch eine geringere Tiefenwirkung hat H. nicht konstatiren können. **Jadassohn** (Bern).

12) **P. G. Unna.** Weißes Kautschuk-Heftpflaster.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 10.)

Das »weiße Kautschuk-Heftpflaster« wird auf Spulen und in verschiedenen Breiten von Beiersdorf & Co. (Hamburg) geliefert; es klebt sehr gut und ist absolut reizlos. Es wird von U. zur Fixirung schlechter klebender Pflaster, zu Verbänden am Penis, am Gesicht, zu Schutz-, Entspannungs- und Streckverbänden, zur Kompression bei Ulcera cruris und Epididymitis empfohlen. Wegen seiner Impermeabilität kann es auch zur Bedeckung stark wirkender Salben, deren Wirkung es verstärkt, benutzt werden; an den Händen kann es zur Herstellung impermeabler Verbände dienen, indem Zwirnhandschuhe stellenweise mit dem Pflaster überklebt werden. Auch zur Gewinnung von Schuppen und Krusten Behufs histologischer Untersuchung ist es besser verwendbar als Zinkoxydpflastermull.

Jadassohn (Bern).

---

13) **P. G. Unna.** Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, komplicirt mit Katarrhen des Auges.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 1.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass eitrige Augenentzündungen und Ekzeme, Impetigines etc. sich häufig kombiniren und gegenseitig ungünstig beeinflussen. Um in solchen Fällen die Haut zu heilen und zu schützen, benutzt U. »eine feste Bedeckung der ganzen Orbita und Umgebung mit einem Salbenmull«, und zwar am liebsten mit Ichthyol- und Zink-Quecksilberoxyd-Salbenmull. Damit kann man eine feuchte Behandlung des Auges (mit Blei-, Kamillen-, Fenchel-, Borwasser etc.) kombiniren, indem man ein darein getauchtes Wattebäuschchen durch den impermeablen Salbenmull befestigt — besonders bei starker Photophobie und erheblichen Augenschmerzen. Das feste Anliegen an der Orbita erreicht man, indem man auf den Salbenmull einen größeren trockenen Wattebausch mit Binde oder Zinkpflaster andrückt — bei ruhigen Pat. kann man diese Fixirung nach einiger Zeit wieder entfernen, »ohne dass der Salbenmull seine Lage verändert«.

Jadassohn (Bern).

---

14) **A. C. Frickenhaus.** Lanolin, resp. Adeps lanae als aufsaugungsbeförderndes Mittel bei Drüsenresorptionstumoren.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 11.)

F. empfiehlt Einreibungen, resp. Verbände mit Lanolincream zur Aufsaugung von Drüsenschwellungen bei Furunkeln, Tonsillitis — er sah davon besonders Gutes.

Jadassohn (Bern).

---

15) **A. Kozerski.** Zur Behandlung der Eiterung in den obersten Schichten der Epidermis.

(Noviny lekarskie 1899. No. 7.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung von Impetigo und oberflächlichen Pusteln, wie selbe nach Applikation von Pflastern und Umschlägen entstehen, folgendes Verfahren:

Die Krusten werden entfernt, kleine Abscesse mittels aseptischer Nadel eröffnet und hierauf eine 1—2%ige alkoholische Lösung von Salicylsäure fest eingerieben. Hierauf wird eine 1%ige Salbe aus Hydrarg. praec. rubr. gelegt.

Trzebicky (Krakau).

16) **A. C. Frickenhaus.** Der Resorcinalkohol in der ambulatorischen Behandlung des seborrhoischen Ekzems des Gesichts.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 11.)

Leichte Plaques des sogenannten seborrhoischen Ekzems besonders der Gesichtshaut bepinselt F. mit 25%igem Resorcinalkohol und lässt die Pat. noch einige Tage mit 10%igem nachpinseln und mit Lanolincream einfetten; dieselbe Behandlung empfiehlt er auch für Pityriasis versicolor. Billiger ist koncentrirter (20—25%iger) Salicylspiritus.

Jadassohn (Bern).

17) **L. A. Bruck.** Zur Frage von der Wirkung des Ammonium sulfoichthyolicum auf das Erysipel.

(Jeshenedelnik 1899. No. 28. [Russisch.])

In 247 Fällen wandte B. 15—30%ige Ichthyol-Vaselinsalbe an, jede 4—6 Stunden einzureiben. Kein anderes Mittel giebt so gute Resultate wie das Ichthyol.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **A. P. Jordan.** Thiolum liquidum bei einigen Hautkrankheiten.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. September.

Das Thiol hilft bei akuten, nässenden, von Röthe begleiteten Hautausschlägen, besonders bei akutem Ekzem; dasselbe gilt wahrscheinlich auch vom Erythem, Verbrennungen und Erysipel.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) **H. Cordes.** Über die schleimige Metamorphose des Epithels der Drüsenausführungsgänge in der Nasenschleimhaut.

(Archiv für Laryngologie Bd. X. p. 32.)

C. hält die seiner Zeit von Bönninghaus im Epithel von Nasenpolypen und Schleimhauthypertrophien beschriebenen Epithelknospen nicht — wie B. — für Drüsen im Epithel, sondern für veränderte Theile der normalen Schleimdrüsenausführungsgänge, die das Oberflächenepithel durchsetzen.

Manasse (Straßburg i/E.).



20) **E. Lombard.** Sérothérapie dans l'ozène.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 385.)

L. hat, um den Widerspruch, der zwischen den Resultaten verschiedener Autoren bei Behandlung der Ozaena mit Diphtherieserum aufgetreten ist, zu klären, bei einer Reihe von Pat. der Abtheilung im Hôpital Lariboisière Versuche in dieser Richtung gemacht: bei 2 Pat. verschwand der üble Geruch sehr rasch, Borkenbildung blieb bestehen. Noch 3 Monate nach Aussetzen der Injektionen kein Gestank. Bei anderen rasche Besserung von minder langem Bestande. Einige Male auch Schwellung der Muschelschleimhaut. Seltene Fälle zeigten keine Besserung von nennenswerther Dauer. — Zur Injektion wurde Roux'sches Serum, für die einzelnen Male Anfangs nicht über 5 ccm, im Ganzen bei einem Pat. durchschnittlich 125 bis 130, in einzelnen Fällen bis zu 225 ccm verwendet. In der Regel ging eine Besserung mit dem Eintreten heftiger Reaktionserscheinungen gleichzeitig vor sich, nur in einem Falle erreichten aber diese Reaktionserscheinungen einen beunruhigenden Grad. Die von Löwenberg als specifisch für Ozaena beschriebenen Mikroorganismen sowohl als die von Belfanti als regelmäßige Parasiten bei Ozaena aufgeführten Pseudodiphtheriebacillen konnte auch L. konstatiren. Sie verminderten sich wohl bei der Dauer der Behandlung etwas, verschwanden aber nicht und fanden sich auch bei den beiden am günstigsten verlaufenden Fällen noch beim Abschlusse der Beobachtung.

Kümmel (Breslau).

---

21) **H. Küttner.** Über die Lymphgefäße der äußeren Nase und die zugehörigen Wangenlymphdrüsen in ihrer Beziehung zu der Verbreitung des Nasenkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. p. 33.)

K.'s Untersuchungen schließen an 2 Fälle von sehr bösartigem Nasencarcinom aus der v. Brun'schen Klinik an. Bei beiden wurde jeweils genau an der gleichen Stelle der Wange in Höhe des Mundwinkels eine haselnuss- resp. walnussgroße Metastase gefunden, die von einer, bisher allerdings wenig beachteten Lymphdrüse der Wange ausgegangen sein musste. Da nun über das Lymphgefäßsystem der Nase neuere Untersuchnngen nicht vorlagen und über das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wange so gut wie nichts bekannt war, hat Verf. eine Reihe von Lymphgefäßinjektionen nach Gerota's Methode an der äußeren Nase vorgenommen. Danach können unter den im Gesicht verlaufenden Bahnen, die praktisch allein Bedeutung haben, 3 Gruppen unterschieden werden. Die erste derselben stammt von der Nasenwurzel, geht längs dem oberen Orbitalrande hin und mündet in die auf und in der Parotis gelegenen Drüsen. Die zweite Gruppe geht von der Nasenwurzel und den oberen Seitentheilen der Nase aus, folgt dem unteren Orbitalrande und endet in den auf dem unteren Parotisende gelegenen Lymphdrüsen. Die dritte

und wichtigste Gruppe wird von 6—10 Gefäßen gebildet, die allen Theilen der äußeren Nase entstammen, längs der Vena facial. ant. und der Art. maxill. ext. verlaufen und sämmtlich in die submaxillaren Lymphdrüsen einmünden. In die Bahnen dieser letzteren Gruppe fanden sich nun in der That Lymphdrüsen eingeschaltet, welche den supponirten Wangendrüsen entsprechen. Eine derselben lag auf dem M. buccinator in Höhe des Mundwinkels; sie ist mit den in den beiden Fällen von Nasencarcinom erkrankt gefundenen Drüsen identisch. Eine zweite Wangendrüse, die zweifellos als aberrirte Submaxillardrüse aufzufassen ist, hatte ihren Sitz in halber Höhe des Unterkiefers lateral von der Art. maxill. ext. Der erstgenannte der beiden Lymphknoten ist der von Buchbinder (vgl. folgendes Referat) aufgestellten Gruppe III, der letztere der Gruppe I zuzurechnen.

Erfreulicherweise kommen somit beide Autoren, Buchbinder und K., auf dem Wege verschiedener Untersuchungsmethoden und unabhängig von einander zu demselben Resultate, dass nämlich in der Wange Lymphdrüsengruppen existiren, welche bei Erkrankungen im Bereiche des Gesichtes, insbesondere der äußeren Nase (K.), in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Honsell (Tübingen).

---

22) H. Buchbinder. Über die Lage und die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Verf. macht aufmerksam auf gewisse Gruppen kleiner Lymphdrüsen der Wangengegend, denen man bisher fast allgemein nur geringe Beachtung geschenkt hatte, obwohl sie bei Erkrankungen an der Gesichtshaut, in der Mund- und Nasenhöhle nicht selten in Mitleidenschaft gezogen werden können. Nach B.'s sorgfältigen Präparationen an der Leiche sind 4 Gruppen zu unterscheiden, und zwar ist das Gebiet der 1. Gruppe die äußere Fläche des Unterkiefers vor dem Musc. masseter; die 2. Gruppe liegt in der Hauptsache hinter dem Mundwinkel, die 3. Gruppe nahe der Durchbruchstelle des Ductus Stenonianus und endlich die 4. am Oberkiefer. Die verschiedenen Erkrankungsformen dieser Drüsen, die akut entzündliche Schwellung und Vereiterung, die Tuberkulose derselben, ihre Betheiligung an bösartigen Neubildungen werden des weitern an der Hand der Kasuistik erörtert.

Insbesonders dadurch, dass die Drüsen nicht selten Sitz von Metastasen bösartiger Geschwülste sind, gewinnen sie eine große praktische Bedeutung, und es wird daher, wie Verf. schließt, rathsam sein, mit derselben Sorgfalt, mit welcher wir bei Carcinomen des Gesichtes die Regio submaxillaris und praeauricularis auf Drüsenmetastasen zu untersuchen pflegen, auch die angegebenen Gebiete der Wange abzutasten.

Honsell (Tübingen.)

---

23) **Lissauer.** Über das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris. (Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.)

Auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen an 50 Psoriatikern kommt L. zu dem Resultate, dass Rauchen, resp. der Tabak nur dann die Leukoplakie hervorruft, wenn die Schleimhaut durch Lues oder Psoriasis oder eine sonstige schwere organische Erkrankung geschädigt ist. Gelingt dieser Nachweis nicht, so ist eine von Haus aus dünne und weniger widerstandsfähige Schleimhaut anzunehmen. Verf. glaubt deutlich erwiesen zu haben, dass die Behauptung von Schütz, die Psoriasis sei ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Entwicklung der Leukoplakie, gerechtfertigt sei, und dass bei Psoriasis die Anfangsstadien der Leukoplakie öfters, als man früher glaubte, sich vorfinden. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

24) **C. Partsch.** Erkrankungen der Zähne und der Lymphdrüsen.

(Odontologische Blätter 1899.)

P. hat eingehende anatomische Untersuchungen über die Lage der Unterkieferlymphdrüsen angestellt und in Übereinstimmung mit Cecil Leaf gefunden, dass die Unterkieferdrüsen meist in der Dreizahl vorhanden sind, die er mit a, b, c bezeichnet. Die Drüse a liegt vor der Art. maxillaris, einwärts vom Kiefer in der Bucht, welche die nach vorn verlaufende Linea mylohyoidea am Kiefer bildet. Man muss die Fingerspitze ziemlich tief am Kiefer aufwärts führen, ehe man sie erreicht. Sie ist manchmal so beweglich, dass man sie über den Kieferrand auf die Außenseite des Kiefers zu verschieben vermag. Etwas nach hinten, durch die Arterie von ihr getrennt, liegt Drüse b, ganz nahe der Speicheldrüse, manchmal in deren Kapsel mit eingebettet, so dass eine Trennung der Lymphdrüse von der Speicheldrüse bisweilen Schwierigkeiten bereitet. Sie ist größer und weniger beweglich, als Drüse a. Am hinteren Rande der Speicheldrüse liegt die Drüse c. Sie ist vom Kieferwinkel aus leicht zu fühlen, zeigt keine besondere Beweglichkeit, sondern ist dicht an die Speicheldrüse angelagert. Abzutrennen von den submaxillaren Lymphdrüsen sind die zu beiden Seiten von der Mittellinie liegenden submentalen Drüsen. Sie liegen unter der Fascie, welche die beiden Mm. geniohyodei mit einander verbindet. Bald ist eine, bald sind zwei vorhanden, doch sind sie nur bei stärkerer Schwellung zwischen den Muskelbäuchen zu fühlen.

Des weiteren hat P. gemeinschaftlich mit Ollendorf genaue Untersuchungen angestellt über die Beziehungen von Zahnerkrankungen zu den Drüsenschwellungen am Halse, wobei er zu bemerkenswerthen Resultaten gelangte. Die submentalen Lymphdrüsen haben nur Beziehung zu den 4 unteren Schneidezähnen. Nur ganz aus-

nahmsweise führt die Erkrankung eines anderen Zahnes zur Schwellung dieser Drüsengruppe. Im Gegensatze zu Körner stellte P. fest, dass auch die Zähne des Oberkiefers unzweifelhaft Beziehungen zu den submaxillaren Lymphdrüsen haben. Die Drüsen a, b und c haben kein scharf begrenztes Quellgebiet; von derselben Zahngruppe aus können alle 3 Drüsen inficirt werden. Bei Erkrankung der Weisheitszähne pflegt indess gewöhnlich nur Drüse c zu schwellen. Ein weiteres Resultat von P.'s Untersuchungen ist die Thatsache, dass weder die bloße Caries, noch die Pulpitis eine Lymphdrüsenschwellung hervorzurufen vermag. Dies ist ein Punkt, wo die Anschauungen von P. erheblich abweichen von denen früherer Autoren (Körner, Bersten). Nach P. treten erst dann Lymphdrüsenschwellungen auf, wenn die Entzündung die Wurzelhaut ergreift. Während die Pulpitis nie zur Lymphdrüsenerkrankung führt, ist jede Periodontitis mit Drüsenschwellung verbunden. Je intensiver die Periodontitis einsetzt, um so akuter ist die Lymphadenitis. Wird die Periodontitis acuta nicht koupirt, dann tritt zur Lymphadenitis die Perilymphadenitis, der Vorläufer des eitrigen Zerfalles des benachbarten Bindegewebes, der submaxillaren Phlegmone. Bei chronischen Entzündungen der Wurzelhaut trägt auch die entzündliche Veränderung der Lymphdrüse den chronischen Charakter. Auch die häufigen Beschwerden, welche nach Zahnziehen auftreten, reißende und klopfende Schmerzen, Ohrenstechen etc. finden gewöhnlich ihre Erklärung in der Lymphdrüsenschwellung. Der beste Schutz gegen das Auftreten der Lymphadenitis nach Extraktionen ist die antiseptische Nachbehandlung der Extraktionswunde.

Bei der Behandlung der geschwollenen Lymphdrüsen leisten Jodpinselungen und trockene Wärme die besten Dienste. Massage ist zu vermeiden. Diese kann erst in Frage kommen, wenn es sich um die Aufsaugung der Reste chronischer Schwellungen in der Drüse handelt.

Boennecken (Prag).

---

25) **S. Essigmann.** Über Orthoform in der Zahnheilkunde.

(Przegląd dentystyczny 1899. No. 4.)

Auf Grund eigener Erfahrung gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Das Orthoform wirkt vorzüglich anästhesirend sowohl auf normale als auch auf entzündlich afficirte Schleimhäute. 2) Es eignet sich vorzüglich sowohl als Anästheticum wie auch als Desinficiens zur Applikation in die Alveolen nach erfolgter Zahnextraktion.

Trzebicky (Krakau).

---

26) **W. Łepkowski.** Versuche über die Verwendung von 40%igem Formalin, Formagen und Jodoformagen in der Zahnheilkunde.

(Przegląd lekarski 1899. No. 36—38.)

Auf Grund von Thierversuchen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Wenn die ganze Zahnpulpa von dem entzündlichen Pro-

cesse ergriffen ist, so ist vom Formalin und den anderen zwei im Titel genannten Mitteln keine Heilung zu erwarten, da von diesen Mitteln bloß der Kronentheil der Pulpa beeinflusst wird, während im Wurzeltheile der Process weiter fortschreitet. Eine Heilung ist nur im Anfange des Leidens bei partieller Pulpitis möglich, bei totaler ohne vorherige vollständige Entfernung der ganzen Pulpa nicht denkbar. In solchen Fällen muss zuerst die Pulpa mit Arsenikpasta vernichtet, und erst nach Entfernung derselben kann Formalin, Formagen oder Jodoformagen applicirt werden.

Trzebicky (Krakau).

Kleinere Mittheilungen.

27) **Zinsmeister.** Jahresbericht der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Dr. Heidrich'schen Krankenhauses in Troppau 1897.
Verlag der Anstalt.

Es wurden in der chirurgischen Abtheilung im Berichtsjahre 653 Kranke (403 männliche, 250 weibliche) behandelt und an denselben 584 Operationen ausgeführt.

Verf. berichtet kurz über die in seiner Abtheilung gebräuchlichen Sterilisationsmethoden. Die Abtheilung besitzt einen aseptischen und einen septischen Operationssaal. Narkotisirt wurde fast ausschließlich mit reinem Chloroform nach der Tropfmethode, und nur in wenigen Fällen wurde Chloroform mit Äther gemischt oder reiner Äther angewendet. Es wurde ausgedehnte Anwendung von den verschiedenen Methoden der lokalen Anästhesie gemacht.

Weiterhin giebt der Verf. eine Übersicht über sein schönes und reichhaltiges Material und illustrirt alle wichtigeren Fälle durch kurze, klargehaltene Krankengeschichten.

Besondere Erwähnung mögen folgende Fälle aus der Thätigkeit Z.'s finden:

Chondrosarkom des Zungenbeins bei einer 27jährigen Magd. Kindsfaustgroße, knorpelharte Geschwulst unter der rechten Unterkieferhälfte. Resektion des rechten Zungenbeinhorns, von dem die Geschwulst ausgeht. Heilung. (Differentialdiagnose mit Mischgeschwülsten der Glandula submaxill. Anm. d. Ref.)

2 Sarkome der Mamma bei 21jährigem und 27jährigem Mädchen. Exstirpation. Heilung.

3mal wurde bei Carcinoma ventriculi operirt, 2mal der Eingriff als Probelaparotomie geschlossen, das 3. Mal vordere Gastroenterostomie gemacht. Tod nach 14 Tagen an Magenblutung.

Resektion eines Carcinoms des Colon ascendens. Heilung.

23 freie Leistenhernien wurden nach Bassini operirt.

8 Cruralhernien, von denen 7 incarcerirt waren, wurden operirt; 2mal nach eigener Methode des Verf. die Radikaloperation gemacht.

Bei einer brotlaibgroßen, seit 8 Tagen eingeklemmten Nabelhernie mit Darmgangrän wurden 4 m Darm resecirt. Tamponade der Bauchhöhle. Tod an schon bestehender Sepsis.

Ileus durch Achsendrehung des mit abnorm langem Gekröse versehenen Blinddarmes um 180° durch Laparotomie beseitigt. 7 Tage später Tod an Peritonitis von einem perforirten Wurmfortsatze.

Subfasciales Beckenhämatom nach stumpfer Bauchverletzung. Incision entlang dem Darmbeinkamme und Entleerung. Pat. ist Bluter. Tod nach 10 Tagen an Sepsis.

Sarcoma renis dextri. Transperitoneale Nierenexstirpation. Heilung.

Ektopia vesicae urinariae.



Implantation der Harnleiter in die Vorderwand der Scheide; später wird Vagino-Rectalfistel angelegt und Kolpokleise gemacht; Behandlung noch nicht abgeschlossen.

Hydronephrose, Laparotomie, Nephrektomie, Heilung.

In 2 Fällen von Kryptorchismus wurde das eine Mal mit Semikastration, das andere Mal mit Verlagerung des Hodens in den Hodensack vorgegangen. (Orchidopexie.)

Das gynäkologische Material des Verf. ist sehr reichlich. Es wurden 15 Uterusmyome, sämmtliche mit gutem Erfolge, operirt.

6mal wurde wegen Extra-uterin-Schwangerschaft operirt, 1mal exspektativ behandelt (Ruhe, Ichthyol, Tamponade).

Interessant ist die Krankengeschichte eines Falles, in dem es 1 Jahr nach Revolverschuss in der Herzgegend zu einer Embolie der A. femoralis mit nachfolgender Gangrän des Beines kam. Heilung nach Exartikulation im Hüftgelenke.

Der Jahresbericht enthält außerdem noch eine Menge interessanter Krankengeschichten.

Payr (Graz).

28) Schulze-Berge. Gelenkrheumatismus nach Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 12.)

Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle genannter Art.

Fall I. Ein 27jähriger Bergmann zieht sich, im Begriffe, nach vorn auszugleiten, durch schnelles Rückwärtssetzen der Beine Behufs Wiedererlangung der Balance in Folge Überstreckung eine Zerrung der Weichtheile an der Vorderseite beider Hüftgelenke zu. Etwa nach 7 Tagen tritt plötzlich unter Fiebersteigerung bis 39,6° starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit dieser beiden Gelenke auf. Nach 10 Tagen tritt allmählich Entfieberung, Nachlassen der Schwellung und Schmerzen ein.

Fall II. Ein 28jähriger Arbeiter zieht sich durch Ausgleiten eine Distorsion beider Füße mit daraus resultirender schmerzhafter Schwellung zu. Nach etwa 14 Tagen tritt Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Kniegelenke, nach weiteren 8 Tagen solche des rechten Hüftgelenkes auf. Die Temperatur stieg nicht über 37,8°.

Verf. sieht in beiden Fällen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Gelenkentzündung, hält aber eine den Gelenkrheumatismus bedingende Infektion in Folge vermehrter, durch das Trauma hervorgerufener Disposition für unwahrscheinlich. Dagegen weist er unter Bezugnahme auf die bei subkutanen Frakturen durch Fermentbildung aus dem Blutextravasate bedingten Toxine auf die Möglichkeit der Bildung ähnlicher Toxine an den durch Trauma geschädigten Körperstellen hin, welche ihrerseits den Gelenkrheumatismus hervorzurufen im Stande sein könnten.

Motz (Hannover).

29) J. Kadyi. Weitere Mittheilungen über die Behandlung des Tetanus.

(Przegląd lekarski 1899. No. 47.)

Verf. hat in 2 Fällen von Tetanus (einmal traumatischen, das andere Mal unbekannten Ursprunges) durch subkutane Injektion von Kaninchengehirnemulsion einen günstigen Erfolg erzielt.

Trzebicky (Krakau).

30) W. F. Gibb. Sequel to a case of acute tetanus treated by intracerebral injections of antitoxin.

(Brit. med. journ. 1899. Juli 1.)

G. hatte im Brit. med. journal vom 15. April über einen schweren Fall von akutem Tetanus berichtet, der unter Anwendung von Antitoxin, das theils intracerebral (71 ccm), theils subkutan (104 ccm) injicirt wurde, in Genesung überging. Kurz nach Veröffentlichung des Falles erkrankte der vom Tetanus genesene Pat. aufs Neue unter Hirnerscheinungen und erlag über 8 Wochen nach der letzten



Ausführung der intracerebralen Antitoxininjektionen seinem Leiden. Bei der Sektion fanden sich in beiden Stirnlappen, in die die Antitoxininjektionen unter allen aseptischen Kautelen gemacht worden waren, Abscesshöhlen, von denen die linksseitige mit dem Seitenventrikel kommunicirte. Bakteriologisch fanden sich Staphylokokken. **F. Krumm** (Karlsruhe).

31) **Quénu.** Rapport sur les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique (observations de Beurnier, Veslin et Vilon).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 254.)

Der kurze Bericht Q.'s erwähnt 5 Fälle von Tetanus, von denen 4 mit intracerebralen Einspritzungen von Antitetanusserum, 1 mit Injektion von Serum gleichzeitig in das Gehirn und in den Wirbelkanal behandelt wurden, sämmtlich ohne Erfolg. 1 Fall war von Beurnier, 1 von Veslin, 3 von Q. selbst operirt worden. Diesen Misserfolgen gegenüber stehen 2 von Q. nur ganz kurz erwähnte Fälle, in denen die von Vilon (Versailles) gleich am Tage des Ausbruches der ersten Zeichen von Tetanus ausgeführte intracerebrale Seruminjektion von Erfolg begleitet war. **Reichel** (Chemnitz).

32) **F. Eisenberg.** Ein Fall von malignem Ödem.

(Przegląd lekarski 1899. No. 45 u. 46. [Polnisch.])

Im Anschlusse an eine Maschinenverletzung der Hand entwickelte sich bei einem sonst gesunden und robusten Manne malignes Ödem der oberen Extremität. Trotz energischer Hilfe in des Ref. Abtheilung verschied Pat. Verf. fand sowohl in dem zu Lebzeiten des Pat. entnommenen Eiter als auch in den während der Sektion aus der afficirten Extremität entnommenen Gewebsstücken den Bacillus des malignen Ödems, dessen Isolirung von dem begleitenden Bacterium coli und den Eiterkokken relativ leicht gelang. Die Giftigkeit des gezüchteten Bacillus des malignen Ödems wurde durch Thierversuche konstatirt.

Trzebicky (Krakau).

33) **B. Korybut-Daszkiewicz.** Ein Fall von Atrichia universalis acquisita.

(Medycyna 1899. No. 24 u. 25.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines sonst kerngesunden Mannes mit, welcher in seinem 44. Lebensjahre ohne jede veranlassende Ursache bei vollstem Wohlbefinden sämmtliche Haare am ganzen Körper dauernd verloren hat.

Trzebicky (Krakau).

34) **J. Neumann.** Über eine eigenthümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 3.)

Zum 1. Male ist in dem Falle N.'s das Vorkommen von Veränderungen auf der Magenschleimhaut beobachtet worden, die als ein Analogon zu den bekannten schweren Hautveränderungen nach Jodgebrauch aufgefasst werden konnten. Der bewusstlos eingebrachte Pat., der die Erscheinungen einer Hemiplegie und einer Nephritis aufwies, bekam auf Jodkali ein pustulöses und weiterhin ein kolossales tubero-ulceröses Exanthem. Bei der Sektion fand sich außer Hämorrhagien im Gehirn, einer subakuten Nephritis etc. in dem auffallend dickwandigen Magen »die ganze Regio pylorica bis in den Pylorus in ein die Muscularis bloßlegendes Geschwür umgewandelt, an welchem noch Reste eines nekrotischen, gallig-gelb imbibirten Gewebes in Form von flottirenden Fetzen haften«. Am Rande dieses Geschwürs »zahlreiche linsen- bis bohnengroße, beerenartige und bläschenartige Efflorescenzen«.

Die histologische Untersuchung ergab im Magen und in der Haut analoge Veränderungen entzündlicher Natur. Auch die Diagnose des Secirenden (Prof. Kolisko) lautete: »Exanthema medicamentosum ventriculi«.

Zur Erklärung dieses singulären Falles betont N. das Vorhandensein der Nephritis, welche die Ausscheidung des Jodkali ungünstig beeinflussen konnte. Die praktische Bedeutung dieser Beobachtung ist einleuchtend. Vorsicht bei Magenerscheinungen mit Jod behandelter Pat., Berücksichtigung der Möglichkeit, dass Geschwüre durch das Jodkali bedingt sein können etc. — Der Arbeit sind 3 Tafeln beigegeben. **Jadassohn** (Bern).

35) **P. Pawlof.** Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 2.)

Die ziemlich seltene Geschwulstform, welche P. in einem Falle beobachtet hat, besteht in wasserhellen, gelegentlich auch blutig verfärbten, in Gruppen beisammen stehenden Bläschen, die sich auch mit dickeren Hornmassen bedecken können. Bei dem Kranken P.'s waren sie von Kindheit an vorhanden, hatten sich aber noch bis zum 17. Lebensjahre vermehrt; sie saßen auf der Schulter und verursachten nur im Sommer Jucken; beim Aufkratsen entleerten sie eine geringe Menge Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung ergab verschieden große, mit einschichtigem Endothel ausgekleidete, mit Fibrin und einzelnen Lymphocyten — stellenweise auch mit rothen Blutkörperchen — gefüllte Hohlräume im Papillarkörper und in den oberen Partien der Cutis. Die Hohlräume scheinen stellenweise mit einander zu kommuniciren. Das Rete ist über den größeren Bläschen verdünnt. — Es handelte sich also um die oberflächliche Form des Lymphangioma circumscriptum. Bei der Besprechung der Pathogenese dieser Gebilde spricht sich P. für die Ansicht aus, dass hier Lymphgefäßneubildung und ein Hindernis für den Abfluss im Lymph- und Venensystem vorhanden sein müsse.

Jadassohn (Bern).

36) **F. Krause.** Ein Fall von partieller circumscripter Sklerodermie (Morphoea).

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

K. beobachtete in der chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald bei einer 46jährigen Pat. eine umschriebene Sklerodermie, die sich an der rechten Brustgegend in wenigen Monaten ohne subjektive Beschwerden entwickelt hatte. Die erkrankten Stellen sind bronzefarben, glänzend, von einer blaurothen Zone (lilac ring) umgeben und zeigen deutliche Verhärtung. An der Oberfläche feine Fältelung; Lanugohaare fehlen. Keine Sensibilitätsstörungen. An der Brust selbst besteht die Affektion aus einzelnen Flecken, während sie nach der Achselhöhle zu in Gestalt eines $7^1/_2$ cm langen Streifens im Verlaufe der 5. Rippe sich fortsetzt und dem Ausbreitungsgebiete, den die Zostereruptionen in dieser Höhe einnehmen, entspricht.

Andere Krankheitserscheinungen sind nicht nachweisbar. Die Schilddrüse ist nicht zu fühlen.

Die Pat. war der Klinik mit der Diagnose Carcinom zur Operation zugeschickt worden.

Verf. setzt seinen Fall in Analogie zu einem von Dinkler beschriebenen, bei dem sklerodermatische Streifen gleichfalls im Verlaufe der Nervi intercostales aufgetreten waren. **J. Schäffer** (Breslau).

37) **A. W. Natanson.** Zum Baue des Cornu cutaneum.

(Wratsch 1899. No. 43. [Russisch.])

N. entfernte eine 4,5 mm hohe Neubildung vom oberen Lide des rechten Auges eines 18jährigen Mädchens. Unter dem Mikroskope fand er Hypertrophie der Hautpapillen, der Epithelschichten und vermehrte Bildung der Hornsubstanz. Die Papillen können seitliche Zweige abgeben, und so erklärt sich das Wachsen des Hornes in die Breite. N. wirft die Frage auf, ob die Keratosis multiplex nicht eine besondere anatomische Einheit bilde, und ob die Unna'schen Fibrokeratome wirklich zu den Hauthörnern gehörten. Hier sind weitere Beobachtungen erwünscht. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

38) **O. Dumesnil** (St. Louis). A case of ichthyosis nigricans.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. September.)

Schon mehrere Beobachter haben Fälle von Ichthyosis gesehen, in denen die Farbe der Schuppen grau, graugrün bis schwärzlichgrün ist und diese Form als »nigricans« beschrieben. Marut hat auf chemischem Wege das Problem dieser Färbung zu erklären versucht und gefunden, dass die Asche der Schuppen eine unlösliche Substanz enthielt, welche mit Salzsäure freie Kohlensäure entwickelte; auch fand er Eisen mit Kalk und Magnesia verbunden. Andere glauben, dass es sich einfach um Schmutz handle, während D. selbst zu der Ansicht neigt, dass es sich um eine Substanz handle, welche unter der Einwirkung der Luft chemische Umsetzungen erfahre und schwarz werde. Jedenfalls bedürfen die Schuppen, nachdem die oberflächlichen, schwarz gefärbten Schichten abgekratzt sind, einiger Zeit, bis sie wieder schwarz geworden sind. In dem von D. selbst beobachteten Falle handelte es sich um ein etwa 1½ Jahr altes Kind, welches am ganzen Körper, mit Ausschluss des Kopfes, der oberen Theile des Rückens, des Gesäßes, der Beugeseiten der Gelenke, Fußsohlen und Handflächen und einiger kleinerer Stellen, mit schwärzlichen Schuppen bedeckt war. Die Färbung war erst etwa 14 Tage nach der Geburt aufgetreten. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

39) **Mainzer.** Ein Fall von Elephantiasis congenita. (Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Julius Wolff.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 27.)

M. beschreibt ausführlich einen Fall von Elephantiasis congenita bei einem 4jährigen Kinde, die hauptsächlich beide Unterschenkel und den linken Arm des Kindes betraf; auch die äußeren Genitalien waren stark elephantiastisch verdickt. Die Haut über den elephantiastischen Theilen war trocken und rauh, nicht glänzend.

Die Ätiologie des Falles betrachtet Verf. nach Besprechung der Theorien von Moncorvo und Spietschka, die im vorliegenden Falle nicht zutreffen können, als völlig unklar. Die Mutter hatte eine Teleangiektasie am Oberarme, bei dem Kinde war aber eine wesentliche Neubildung von Blutgefäßen nicht wahrzunehmen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

40) **C. Stern** (Düsseldorf). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elephantiasis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 41.)

In dem einen der mitgetheilten 2 Fälle handelte es sich um Elephantiasis scroti, bei der die Ausschneidung der vorderen Hälfte des Hodensackes mit nachfolgender Naht, so wie die Excision von Penishaut ein gutes Resultat ergab; Gefäßunterbindungen wurden nicht gemacht. Im anderen Falle von Elephantiasis des Fußes, und zwar vornehmlich der Fußsohle, an der die Haut hochgradig verdickt und in großen Falten aufgehoben war, wurde oberhalb der Knöchel amputirt.

Kramer (Glogau).

41) **J. Gutschy.** Ein Fall von traumatischer Facialisparalyse.

(Liečnički viestnik 1899. No. 12.)

Ein 33jähriger Schneider fiel vom Wagen auf die Spitze eines Zaunpfahles und spießte sich unter dem rechten Processus mastoideus, gerade an der Stelle, wo der Gesichtsnerv aus dem Foramen stylomastoideum austritt. Sofort trat Lähmung der mimischen Muskulatur der rechten Gesichtshälfte auf; nur das obere Lid kann Pat. etwas innerviren. Seit der Verletzung klagt Pat. auch über Eiterausfluss aus dem rechten Ohre und aus der Narbe hinter dem Ohre. Es ist nicht ausgeschlossen, dass er das Os petrosum gebrochen hat, oder dass ein Stück der Holzspitze in den Cellulae mastoideae zurückgeblieben ist. Die Verletzung des

Nerven sitzt nicht intrakraniell, auch nicht im Fallopischen Kanale, sondern ganz peripher, gerade am Orte der Verletzung, also außerhalb des Kanales und unterhalb der Theilung der Chorda tympani, da weder Geschmacks-, noch Gehörsstörungen bestehen. **v. Čačković** (Agram).

42) **L. Vacher.** Contribution à l'étude de la syphilis nasale.
(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 1.)

1) Ausgedehnte Ulcerationen in der Nase und im Naso-Pharynx. Heilung unter antiluetischer Behandlung nach Entfernung eines Sequesters von der Nasenscheidewand und nach Abstoßung eines großen Sequesters (25 : 20 : 10 mm) von der Schädelbasis.

2) 30jährige Frau mit Perforation des Gaumens und Ulcerationen im Nasen-Rachenraume. 2 gesunde Kinder, das jüngste 2 Jahre alt, niemals Abort oder andere Zeichen von Lues. Wie V. annimmt, hat die Infektion seit der Geburt des letzten Kindes stattgefunden; es hätten sich dann also die tertiären Erscheinungen bereits 2 Jahre nach der Infektion eingestellt.

3) 15jähriger junger Mann mit Sattelnase und ausgedehnten Ulcerationen in Nase und Nasen-Rachenraum. Außerdem beiderseits Neuritis optica. Die Erkrankung war von Seiten des Hausarztes verkannt worden. Antiluetische Behandlung erzielte bedeutende Besserung. **Hinsberg** (Breslau).

43) **J. Garel.** Rhinolithes. Quatre nouveaux cas dus à des noyaux de cerise.
(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 193.)

G. hat schon früher einen Rhinolithen, dessen Diagnose recht schwierig war, beschrieben und schildert nunmehr 4 neue Fälle, Alles mehr oder weniger mächtige Inkrustationen von Kirschkernen. In einem der Fälle (II) war zunächst wegen der fühlbaren rauhen Fläche eine syphilitische Nekrose am Septum vermuthet und erst aus der Beweglichkeit der rauhen Masse die richtige Diagnose gestellt. Ähnlich war es im Falle IV vorher geschehen. Bei diesem komplicirte eine Kieferhöhleneiterung das Bild. In den Fällen 2—4 außer den Polypenbildungen übelriechender Eiter aus der Nase; in Fall I erhebliche Blutungen. — G. motivirt die Regelmäßigkeit, mit der Kirschkerne das Centrum von Rhinolithen bilden, damit, dass sie fast die einzigen Fremdkörper sind, die öfters unbemerkt, d. h. durch die Choane, in die Nase gelangen und hier unverändert bleiben. Er weist auf die diagnostischen Schwierigkeiten, die solche Steine bieten, hin, speciell auf die auch ihm passirte Verwechslung mit syphilitischen Nekrosen. Wie bei diesen kommt auch bei Nasensteinen heftiger Kopfschmerz, und wiederholt auch nächtlicher, zur Beobachtung. **Kümmel** (Breslau).

44) **Lavisé** et **Moury.** Une observation de prothèse immédiate du maxillaire inférieure.
(Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique 1898. No. 8.)

In einem Falle von Sarkom des linken Unterkieferastes entfernte L. durch Exartikulation den Ast sammt horizontalem Theile bis zum 2. Mahlzahne. M. hatte vorher nach einem Gipsabdrucke einen künstlichen Ersatz aus Goldplatte und Hartgummi hergestellt, welcher nach der Operation sofort eingesetzt wurde. Über demselben wurde Schleimhaut und äußere Haut genäht. Es bildete sich eine Art Narbenkapsel um den künstlichen Kiefertheil. Die Heilung ging überraschend günstig von statten. Pat. konnte vom 1. Tage an kauen, sprechen etc. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Berichtigung: p. 100, 1 Zeile von oben lies Störk statt Stürk.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 17. Februar.** **1900.**

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Palermo des Prof. Tansini.)

Über die Anwendung des Golddrahtes bei den Radikaloperationen der Hernien.

Von

Dr. de Francisco, Assistenzarzt.

Neuerdings hat Prof. Tansini den Versuch gemacht, bei den Hernienradikaloperationen die seither zum Vernähen verwandte Seide durch Golddraht zu ersetzen, welcher in der Wunde zurückbleibt. Die Eiterung, welche manchmal bei der Radikaloperation unter Verwendung der Seidennaht sich einstellt, ist ein Vorkommnis,

welches, wenn es auch meistens auf den Erfolg der Operation keinen Einfluss ausübt, doch die Behandlung verlängert und dem Pat. ein Vorurtheil einflößt, wesshalb die Ärzte schon lange auf Mittel und Wege sannen, diesem Übelstande abzuhelfen.

Durch Anwendung gut sterilisirter Seidenfäden hat man zwar eine gewisse Sicherheit erlangt, doch stellt sich immer noch in manchen Fällen die Eiterung ein. Das Ausstoßen der Knoten findet oft erst mehrere Monate nach der Operation statt, und nachdem die Wunde schon vollständig per primam geheilt ist. So in einem Falle erst 6 Monate nach der Operation aus einer ideal geheilten und bis zu diesem Zeitpunkte vollständig geschlossenen Wunde. Der Kranke hatte inzwischen keinerlei Schmerzen und befand sich bei bestem Wohlsein.

In letzter Zeit hat man denn auch andere Arten von Metallnähten angewandt, so mit entfernbaren Silberdrähten, ohne aber dass diese Aufnahme gefunden hätten. Die zu rasche Entfernung des Drahtes kann hierbei auf die Verbindung der Wundränder nachtheilig einwirken. Diese bedarf eher einer andauernden Unterstützung, um dem intraabdominellen Drucke widerstehen zu können, und dem Operirten ein frühzeitiges Verlassen des Bettes zu gestatten.

Prof. Tansini versuchte daher, die seidenen Fäden durch goldene zu ersetzen. Er wählte Gold, weil es einen sehr dünnen, zähen und geschmeidigen Draht abgiebt, den man desshalb, ohne irgend eine unangenehme Störung befürchten zu müssen, ruhig in der Wunde lassen kann. Man erspart sich damit das Entfernen des Fadens und unterstützt eben dadurch dauernd die natürliche Heilung.

Für die tiefe Naht nahm er einen dickeren Draht als für die oberflächliche; dort wie hier wandte er die Knopfnaht an. Zum Nähen benutzte er die gewöhnlichen gebogenen Wundnadeln. Der Draht muss von Zecchinen-Gold sein, er ist in sehr guter Qualität z. B. bei der Firma de Amici, Via S. Sepolcro 7, Milano, zu haben. Der Kostenpunkt ist gering, weil alle Abfälle wieder eingeschmolzen werden können.

Bei Befestigung des Stiches versuchte Prof. Tansini das Zusammendrehen vermittels der Finger, des sog. Drehstabes und das Zusammenknoten, und fand dabei, dass das Zusammendrehen mit der Hand ausgeführt, ohne Zuhilfenahme des Drehstabes, vorzuziehen ist: es beansprucht die geringste Zeit und die Haltbarkeit ist die gleiche als die eines gewöhnlichen Knotens. Die Enden des Drahtes biegt man um und drückt sie ins Fleisch, bei der oberen Naht dagegen genügt es, in Folge der großen Feinheit des Drahtes, sie einfach umzubiegen.

Zur Ligatur des Bruchsackhalses verwandte Prof. Tansini sonst immer Seide; da er jedoch letzthin, im Gegensatze zu früheren Beobachtungen, auch hier die Ausstoßung der Schlinge bemerkte, beabsichtigt er dazu ebenfalls Golddraht zu verwenden.

Die bisherigen Erfahrungen an 10 Fällen — aus umfangreichen Brüchen mit weiter Pforte — sind sehr günstig ausgefallen.

Bemerkenswerth ist folgender Fall: Bei einem alten Manne mit Hernia inguinalis duplex wurde die zweiseitige Radikaloperation ausgeführt. Auf einer Seite verwandte man zur Naht Golddraht, auf der anderen Seidenfäden. Auf beiden Seiten erfolgte vollständige Heilung per primam. 4 Monate nach der Operation stellte sich ein kleines Recidiv auf der linken mit Seide genähten Seite ein, die rechte, mit Golddraht genäht, blieb vollständig und dauernd geheilt.

Bei Anwendung des Golddrahtes wird also die Eiterung vermieden, der Faden bleibt, wie schon vorhergesagt, in der Wunde und bildet somit eine dauernde Unterstützung.

Anmerkung. Banks hat schon 1884 einheilende Silbernähte bei der Radikaloperation anzuwenden empfohlen. Richter.

---

1) **Borrmann.** Zum Wachsthum und zur Nomenklatur der Blutgefäßgeschwülste.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 297.)

Verf. versucht in der vorliegenden Arbeit noch einmal, die Geschwülste des Blutgefäßapparates histogenetisch in Gruppen einzutheilen. Dieser Hinweis muss hier genügen, da eine Inhaltsangabe in knapper Form Ref. nicht möglich erscheint.

Pels Leusden (Berlin).

---

2) **Strauss.** Über die diagnostische Verwendbarkeit des Versuches der alimentären Glykosurie für die Feststellung der traumatischen Neurosen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 12.)

An der Hand eigener Statistiken, so wie unter Berufung auf die von Geelvink (Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychologie am 14. März 1898, referirt im Neurologischen Centralblatt 1898 No. 7), v. Oordt (Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 1) und Arndt (Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 49) mitgetheilten Ergebnissen weist Verf. auf das häufige Vorkommen der alimentären Glykosurie bei der traumatischen Neurose hin. Er empfiehlt nach eingehender Besprechung der Versuchsanordnung die diagnostische Verwerthung des positiven Versuchsausfalles der alimentären Glykosurie. Gewisse Erkrankungen, wie das Delirium tremens, die Bleikolik, das Fieber und gewisse Vergiftungen neigen auch zur alimentären Glykosurie, doch den darüber angestellten Versuchen zufolge nur vorübergehend und dann nur in geringem Grade. Desshalb kann nur ein konstant positiv ausfallender Versuch nach Ausschluss der genannten Erkrankungen im Vereine mit anderen ausgeprägten Symptomen diagnostisch verwerthet werden. Diese Ver-

werthung erstreckt sich indessen nur auf die Diagnose der funktionellen Neurosen traumatischen Ursprunges. **Motz** (Hannover).

---

3) **A. Reverdin.** Un progrès dans l'anesthésie.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 124.)

R. führt die meisten Todesfälle in Narkose nach dem Vorgange von Guérin und Laborde auf Reflexvorgänge zurück, die von der Nasenschleimhaut ausgelöst werden, eine Auffassung, die bekanntlich zu dem Vorschlage der Cocainisirung der Nase geführt hat. R. glaubt, die Gefahr dadurch umgehen zu können, dass er die Kranken zwingt, das Anästheticum durch den Mund einzuathmen. Er beschreibt ein Narkotisirungsinstrument, das aus einer Stirnbinde besteht, an der sich eine Art Mundspeculum befindet. Letzteres wird am Unter- und Oberkiefer fixirt und durch eine Sperrvorrichtung zum Klaffen gebracht, wodurch der Kranke genöthigt ist, durch den Mund einzuathmen. Der Apparat hat außerdem den Vortheil, dass Speichel und Erbrochenes leichter nach außen gelangen, und bei eintretender Asphyxie die Laborde'schen Zungentraktionen rasch ausgeführt werden können. R., der nur Äthernarkose anwendet, behauptet, seit Anwendung seines Instrumentes keine bedrohlichen Zufälle mehr erlebt zu haben. **Jaffé** (Hamburg).

---

4) **Thiriar.** De l'emploi de l'oxygène en chirurgie.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 145.)

T. hält den Sauerstoff für ein Antisepticum ersten Ranges, das allen bisher gebräuchlichen vorzuziehen sei, da es überdies geruchlos und ungiftig ist. T. verwendet den Sauerstoff in Gasform und als Sauerstoffwasser, das 12 Vol. O und etwas freie Salzsäure enthält. Bis jetzt hat T. folgende Affektionen erfolgreich damit behandelt.

1) Die septische Gasphlegmone, bei der O direkt in die gashaltigen Gewebe injicirt und die Wunden mit O-Wasser verbunden wurden.

2) Tetanus. Bei schon vorhandenem Trismus ist O unwirksam, sehr gut dagegen als Prophylakticum bei verdächtigen Verletzungen.

3) Pustula maligna. Auch hier erwiesen sich Verbände und Injektionen mit O-Wasser als sehr wirksam.

4) Erysipel schwand bald nach O-Umschlägen.

5) Die chirurgische Tuberkulose reagirte nur in Form der tuberkulösen Peritonitis sehr günstig auf O-Einblasungen in die Peritonealhöhle.

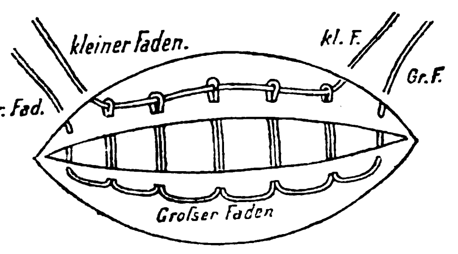
6) In hervorragender Weise bewährte sich der O bei allen Formen der Eiterung, so in 13 Fällen von Phlegmonen der Hand und 46 Panaritien, natürlich bei übrigens chirurgischer Behandlung nach den üblichen Grundsätzen.

Bei eitriger Pleuritis, Milzbrand und komplicirten Knochenbrüchen hat sich O ebenfalls bewährt. Schließlich empfiehlt T. diese Behandlung auch für gynäkologische Leiden, besonders bei Endometritis und puerperale Infektionen. Jaffé (Hamburg).

5) **R. Gauthier** (Luxeuil). Nouveau point pour les sutures profondes sans fils perdus. — Rapport par Berger.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 284.)

Die Naht ist der Nähmaschinennaht nachgebildet. Ihre Art und Anlegung ergiebt sich besser, als aus jeder Beschreibung, aus beistehender Zeichnung.



Der Berichterstatter Berger erkennt die Leichtigkeit der Ausführung der Naht an, hebt aber auch gleich ihren Nachtheil hervor, nämlich den, dass, wie bei der Nähmaschinennaht, die Lockerung der Naht an einer einzigen Stelle — z. B. beim Durchschneiden der Gewebe — sofort die ganze Naht insufficient macht. Berger verwirft überhaupt das ganze Princip dieser in neuerer Zeit so mannigfach empfohlenen Methoden zur Anlegung leicht entfernbarer versenkter Nähte. Seiner Ansicht nach ist eine hinreichende Festigkeit der Vereinigung der Gewebe erst nach längerer Zeit gesichert und wird daher besser durch liegenbleibende Nähte garantirt, als durch solche, die man nach 10—14 Tagen entfernt. Der Sicherheit der Radikalheilung wegen will er daher lieber die Nachtheile der völlig versenkten Nähte mit in den Kauf nehmen. Reichel (Chemnitz).

6) **O. Chlumsky.** Zur Kugelextraktion aus dem Gehirne mit Hilfe des Röntgenverfahrens.

(Beiträge zur klin. Chirugie Bd. XXV. Hft. 2. p. 364.)

Anschließend an einem Fall von Geschossextraktion aus dem Gehirne, in welchem v. Mikulicz die Lage des Projektils im Schädel ähnlich wie Mergier bestimmt und dasselbe ohne Schwierigkeit entfernt hatte, beschreibt Verf. einen von ihm konstruirten Apparat, der es ermöglicht, bei der Röntgographie die Lage eines Fremdkörpers in sehr einfacher Weise festzustellen. Das betreffende Objekt wird von 2 Lampen aus gleichzeitig durchleuchtet, alsdann durch geeignete Vorrichtungen die Lage der Lampencentren wie einiger markirter Punkte an der Oberfläche des Objektes fixirt; die Platte wird entwickelt und wieder genau in die vorherige Lage zurückgebracht. Verbindet man jetzt mittels Drähten die ehemaligen Lampencentren mit den zugehörigen Projektilschatten, so giebt der Kreuzungspunkt der Linien die Lage des Fremdkörpers an, und es kann dann seine

Entfernung sowohl von der Platte als den markirten Stellen an der Oberfläche des Objektes gemessen werden.

Die gleichzeitige Aufnahme mit 2 Lampen kann eventuell durch 2 Aufnahmen mit einer Lampe von verschiedenen Punkten aus ersetzt werden.

Honsell (Tübingen).

---

7) **H. C. Slomann.** Bidrag til Laeren om den pulserende Exophthalmus.

Inaug.-Diss., Kopenhagen, 1898. 310 S.

Diese Arbeit erscheint als eine Fortsetzung der fundamentalen Monographie über denselben Gegenstand von Sattler. Verf. theilt erst 2 früher nicht veröffentlichte Krankengeschichten mit; die eine betrifft einen spontan bei einer schwangeren Frau entstandenen, von dem Verf. durch Ligatur der Carotis communis geheilten Exophthalmus (die ganz zerstörte S. war 1 Jahr später $^4/_9$); der zweite, nach einem Trauma entstanden, war doppelseitig; die Obduktion ergab, dass ihm eine Ruptur der linken Carotis interna im Sinus cavernosus zu Grunde lag, wahrscheinlich allein durch Kommotion des Schädels entstanden; wenigstens konnte man keine Fraktur nachweisen.

Außer diesen 2 und den Sattler'schen Fällen hat Verf. noch 96 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, so dass er über deren 197 gebietet. Von diesen befinden sich 22 Fälle von falschem pulsirenden Exophthalmus, Fälle, in welchen die chrakteristischen Symptome in dem Verlaufe einer nicht aneurysmatischen Krankheit entstehen. In 2 Fällen handelte es sich um eine orbitale Meningocele, in den übrigen Fällen um stark vaskularisirte Geschwülste in der Orbita oder ihrer Nachbarschaft.

Somit bleiben 175 Fälle von echtem pulsirenden Exophthalmus; in 125 Fällen (71%) liegen traumatische Veranlassungen zu Grunde, 50 (29%) sind spontan entstanden. Nach Untersuchung der Symptome und Obduktionsjournale dieser Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Der echte pulsirende Exophthalmus ist im Gegensatze zum falschen pulsirenden Exophthalmus eine typische Krankneit, 2) die anatomische Ursache dieser Krankheit ist in der großen Mehrheit der Fälle eine Ruptur der Carotis interna im Sinus cavernosus, in anderen Fällen ein Aneurysma der Arteria ophthalmica, 3) die zahlreichen übrigen, von Sattler angenommenen Ursachen (pulsirendes Angiom der Orbita, arterio-venöses Aneurysma der Orbita, diffuses Aneurysma der Orbita, Angioparalyse der Orbita, Obliteration des intrakraniellen Abflusses des Sinus cavernosus und der Vena ophthalmica inf., intrakranielles Aneurysma der Arteria ophthalmica, Aneurysma der Carotis interna im Sinus cavernosus) verdienen nicht als Ursachen dieser typischen Krankheit in Betracht zu kommen.

Auf vorliegender Grundlage werden nun die Symptome der Krankheit analysirt, theils mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose zwischen Orbitalaneurysma und Carotisruptur, theils zum Zwecke des

Verständnisses der früher gekannten und einzelner neuer, hier zum 1. Male untersuchter Symptome und Eigenthümlichkeiten. Die Differentialdiagnose muss vor allen Dingen auf dem Charakter des objektiven Geräusches, das am Schädel des Pat. gehört wird, basirt werden; das Geräusch zeigt dieselben charakteristischen Unterschiede wie bei echten und arterio-venösen Aneurysmen anderswo. Dass dieses differentialdiagnostische Zeichen auch hier seine völlige Gültigkeit hat, sucht der Verf. dadurch zu beweisen, dass er die auskultatorischen Funde bei echten intrakraniellen Aneurysmen durchgeht und auf den auskultatorischen Befund in einem Falle von Aneurysma der Arteria ophthalmica (Dempsey: Brit. med. journ. 1886 Vol. II p. 541) hinweist. — Von früher nicht allgemein gekannten Symptomen hebt Verf. die Paralyse des Nervus facialis hervor, die in den traumatischen Fällen immer als auf unmittelbar traumatischer Basis entstanden aufgefasst worden ist, die er aber in 3 spontanen Fällen gefunden hat, und die in 2 dieser Fälle durch Ligatur der Carotis mit den übrigen Symptomen beseitigt ist. Verf. meint, dass die Lähmung durch Kompression des Nerven zwischen seinem apparenten Ursprung und dem Porus acusticus internus vom dilatirten Sinus petrosus inferior entsteht. Auch andere Symptome, die zuweilen gesehen sind, werden erwähnt; hierauf können wir aber hier nicht näher eingehen.

Das Verhältnis zwischen den traumatischen und den spontanen Fällen wird durch folgende Tabelle erläutert:

	Durchschnittliches Alter	Männer	Frauen	rechts	links
Traumatische Fälle	28,2	57	12	33	35
Spontane Fälle	38,7	8	38	18	24

Man sieht hieraus, dass die Arteriitis der Carotis interna, die die pathogenetische Grundlage der spontanen Entstehung der Krankheit ist, häufiger bei Frauen als bei Männern sein muss, in Übereinstimmung mit Erfahrungen, die Verf. auch an den intrakraniellen Aneurysmen der Carotis interna gemacht hat. Auch das Übergewicht der linken Seite stimmt mit dem Verhalten der Aneurysmen überein.

Nachdem Verf. die doppelseitigen Fälle und die spontanen Heilungen erwähnt hat, wendet er sich zur Behandlung der Krankheit. 53 Fälle sind durch Kompression der Carotis communis behandelt und davon 15 geheilt oder gebessert worden. Durch Ligatur der Carotis communis sind 95 behandelt worden, davon 49 geheilt, 17 gebessert, zusammen 66; in 17 Fällen sind die Symptome recidivirt, und 10 Pat. sind nach der Operation gestorben, aber wenigstens 6 von diesen durch Infektion der Wunde; auch den cerebralen Symptomen nach der Unterbindung lag wahrscheinlich Infektion zu Grunde.

Nach einer Untersuchung der Cirkulationsverhältnisse nach der Unterbindung glaubt Verf. schließen zu können, dass eine Unter-

bindung der Carotis interna bessere Aussicht auf Heilung geben muss, als die Unterbindung der Carotis communis.

Schaldemose (Kopenhagen).

8) L. Bar. Étude générale et essai expérimental sur l'otomycose.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 515.)

Ausführliche Mittheilungen über Ätiologie, Prognose und Therapie des bekannten Krankheitsbildes.

Als Erreger der Otomykose fand B., frühere Untersuchungen von Anderen bestätigend, eine Aspergillusart. Experimentelle Erzeugung durch Übertragung des Pilzes in Meerschweinchenohren gelang nur einmal, und zwar unvollkommen. Für das Zustandekommen der Otomykose hält B. außer der Anwesenheit des Aspergillus andere, bis jetzt noch unbekannte Faktoren für nothwendig. Therapeutisch sind Argent. nitric., Salicylalkohol und Tinct. jodi am wirksamsten. — Schließlich Mittheilung zweier Fälle.

Hinsberg (Breslau).

9) T. Heiman. Sur le traitement de certaines complications mortelles des otites purulentes et sur la pyohémie otique.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 423.)

H. hat seit einigen Jahren principiell bei denjenigen eitrigen Otitiden, die ohne Eiterretention im Mittelohre schwerere allgemeine Störungen oder irgend welche Gehirnsymptome zeigten, außer dem Warzenfortsatze auch noch die hintere und event. die mittlere Schädelgrube eröffnet. Er schiebt darauf die Thatsache, dass er seit 2 Jahren keinen Fall von diffuser Leptomeningitis gesehen hat, und die Sterblichkeit seiner Pat., die vorher im Durchschnitte von 8 Jahren 1,8% betragen hatte, 1899 auf 0,28% herunter ging. Er bespricht wesentlich nur die Fälle von otitischer Pyämie. Er unterscheidet mit Körner eine Pyämie mit und eine ohne Sinusphlebitis. Die letztere läuft nach seinen Erfahrungen stets günstig aus, wenn nicht der Warzenfortsatz uneröffnet und dadurch ein fortdauerndes Eindringen der Mikroorganismen vom primären Herde aus in den Kreislauf möglich bleibt. Dagegen enden nicht ausreichend operirte Phlebitiden des Sinus sigmoideus fast stets tödlich. Wenn also bei pyämischen Erscheinungen der Sinus unversehrt gefunden wird, und der Kranke dann, wie es die Regel ist, heilt, so müsste man, wenn man mit Leutert alle Pyämien nach Otitis von einer Sinusphlebitis ableiten wollte, annehmen, dass die Thrombosen des Bulbus jugularis oder anderer Sinus günstigere Prognosen lieferten, als die des S. sigmoideus. Das ist aber sehr unwahrscheinlich. — Allerdings stimmt H.'s Prognose für die Sinusphlebitis nicht ganz mit der anderer Autoren überein. — Verletzung oder Punktion des nicht thrombosirten Sinus bedingt nach H.'s Ansicht keine Gefahren. Das einmalige Hineingelangen von Entzündungserregern in den Kreislauf erträgt der Organismus leicht.

Kümmel (Breslau).



10) **O. Körner.** Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeines.
Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1899.

K. liefert seit der in diesem Centralblatte (1896 p. 132) besprochenen Arbeit von Lubet-Barbon und Broca endlich die erste neuere durchgearbeitete klinische Darstellung der wichtigen im Titel genannten Erkrankungen; er stützt sich fast ausschließlich auf eigene Erfahrungen. Darin liegt ein gewisser Fehler des Buches in so fern, als über manche Dinge, die den Verf. nicht allzusehr interessirt haben, oder über die er nicht Gelegenheit fand, Erfahrungen zu sammeln, wenig zu finden ist: z. B. ist über die Transplantationen und einen Theil der plastischen Operationen nach Freilegung der gesammten Mittelohrräume wenig zu erfahren; auch die feinere pathologische Anatomie ist vom Verf. absichtlich, da ihm eigene Untersuchungen nur in beschränktem Maße zur Verfügung stehen, wenig eingehend besprochen worden. Um so vortrefflicher hat Verf. seine reichen klinischen Erfahrungen verwerthet und dadurch eine sehr vollständige und durchaus einheitliche klinische Darstellung geschaffen. Der allgemeine Theil bringt in der Hauptsache Vorbemerkungen über Anatomie und Untersuchung des Schläfenbeines beim Kinde und beim Erwachsenen; speciell sind auch die für die Pathologie (Durchbrüche) und für die Operationstechnik wichtigen Verhältnisse hier berücksichtigt, auch Allgemeines über die Technik bei Operationen am Schläfenbeine: z. B. ist die Technik des Meißelns und des Arbeitens mit der schneidenden Zange geschildert, und auch die Anlegung der Verbände beschrieben. — Der specielle Theil bespricht zunächst Erkrankungen des Schläfenbeines durch die gewöhnlichen Eiterkokken, darunter a. die akute Ostitis und Osteomyelitis und b. die chronische Ostitis. Bei dieser letzteren sind zunächst die Erkrankungen des Schläfenbeines durch einfache chronische Ohreiterungen geschildert, und dann die Epidermiseinwanderung in eiternde Mittelohrräume und das wahre Cholesteatom des Schläfenbeines einander gegenübergestellt. Die Trennung dieser beiden letzteren Erkrankungen dürfte hier zum 1. Male in einer zusammenfassenden klinischen Darstellung bis ins Detail durchgeführt sein, und Verf. wird sich damit ein großes Verdienst um die Klärung des über diese Erkrankungen noch immer herrschenden Streites erworben haben. Auch die isolirte Nekrose der Schnecke ist unter der chronischen Mittelohreiterung untergebracht. In dieser Richtung möchte Ref. mit dem Verf. nicht ganz übereinstimmen: die Nekrose erfolgt doch wohl stets akut durch die primäre, ursächliche Erkrankung, wie K. das für andere Nekrosen des Schläfenbeines im ersten, speciellen Kapitel dargelegt hat. Die einfache Periostitis des Schläfenbeines erfährt entsprechend ihrer mäßigen Bedeutung nur eine kurze Besprechung. — In diesem ganzen Kapitel ist der klinische Verlauf, die Prognose, die Differentialdiagnose, Prophylaxe, die operative und nichtoperative Behandlung mit allen Details, die erforderlich sind, dargestellt, und wer diesen für den Chirurgen sehr wichtigen Er-

krankungen das Interesse entgegenbringt, das sie verdienen, wird dem Buche eine Fülle von Anregungen und Belehrungen verdanken.

Im 2. Abschnitte wird die Tuberkulose des Schläfenbeines recht ausführlich behandelt, und Verf. bringt hier eine Anzahl durchaus neuer klinischer Beobachtungen von großem Interesse.

Der 3. Abschnitt — über Aktinomykose des Schläfenbeines — ist entsprechend den geringen Kenntnissen in dieser Richtung sehr kurz behandelt. In einem Anhange bespricht Verf. dann noch vom differentialdiagnostischen Gesichtspunkte aus in Kürze die bösartigen Geschwülste des Schläfenbeines und schließlich die nervösen Störungen, die eine Erkrankung des Schläfenbeines vortäuschen. K. erklärt diese als stets hysterische Erscheinungen, die auch dem entsprechend behandelt sein wollen, und ist sehr gegen operative Eingriffe dabei: ein Standpunkt, dem sich Ref. voll und ganz anschließen möchte. — Alles in Allem darf das Buch, durch das der Verf. sich in jahrelanger mühevoller Arbeit ein großes Verdienst erworben hat, denjenigen Chirurgen aufs dringendste empfohlen werden, die sich der operativen Seite der Ohrenheilkunde widmen; noch mehr freilich wird von ihm Derjenige Nutzen haben, der sich mit den Ohrenkrankheiten ganz speciell beschäftigt.

Kümmel (Breslau).

---

11) **K. Grunert.** Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeißelung der Stirnhöhle wegen Empyems. (Aus der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a/S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 48.)

Das bisher nur in einem Falle zur Anwendung gelangte Verfahren, das wegen Fehlens krankhafter Veränderungen der knöchernen Stirnhöhlenwand ausführbar war, bestand darin, dass die breit eröffnete und von der Schleimhaut befreite Stirnhöhle durch 2 Hautlappen ausgefüllt wurde, von denen zunächst ein oberer (Basis oben gelegen; horizontaler Schnitt dem Margo supraorbitalis entsprechend und zwei vertikale Schnitte an beiden Enden des letzteren) in die Stirnhöhlenmulde hineingezogen und fixirt wurde. Nach Abtragung seiner Epidermisschicht wurde ein entsprechender, keilförmig zugespitzter Lappen vom unteren Wundrande aus gebildet und nach oben über den ersteren gelegt; in die Siebbeinhöhle kam ein Drain zu liegen. Primaheilung mit günstigem kosmetischen Resultate ohne Verzerrung des oberen Augenlides durch Narbenzug und ohne Einziehung der Narbe.

Kramer (Glogau).

---

12) **W. Wróblewski.** Das akute Kieferhöhlenempyem (Empyema antri Highmori acutum).

(Archiv für Laryngologie Bd. X. p. 52.)

W. bringt zuerst 5 Krankengeschichten von Pat., die an akutem Kieferhöhlenempyem litten, bespricht darauf die Ätiologie (Erkältung,

akuter Nasenkatarrh, operative Eingriffe bei letzterem, Infektionskrankheiten), sodann die Symptome, unter welchen er das von Avellis beschriebene Ödem der Wangen und Augenlider stets vermisste. Sehr sanguinisch spricht er sich in dem Abschnitte »Diagnose« über die Durchleuchtung aus, während er die Probepunktion zu diagnostischen Zwecken niemals nöthig hatte. Seine Behandlung ist die konservative: er sah alle akuten Fälle durch Bettruhe, Antipyretica, Diaphoretica, warme Umschläge und zum Schlusse noch Jodkali zur Heilung kommen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

13) **Hasslauer.** Die Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen.

(Archiv für Laryngologie Bd. X. p. 60.)

H. bespricht zuerst die gemeinen Schleimpolypen, die ja sehr selten am Septum narium sitzen; eine Unterabtheilung derselben bilden die Fälle von polypoider Schleimhauthypertrophie des Septum, von denen H. 3 eigene beschreibt. Es folgen die Papillome, von denen er die weichen epithelarmen den harten epithelreichen gegenüberstellt. Letztere sind richtige verhornende Plattenepithelpapillome, die denen der Haut vollständig gleichen, während die ersteren Cylinderepithel tragen. (Ref. erscheint es angemessener, die Bezeichnung nach der Qualität als nach der Quantität des Epithels zu wählen und somit die Namen Plattenepithelpapillome und Cylinderepithelpapillome an Stelle von epithelreichen und epithelarmen zu setzen.) Verf. referirt die verschiedenen Ansichten der Autoren über primäre Wucherung des Epithels oder des Bindegewebes und fügt eine tabellarische Übersicht der bekannten Fälle hinzu; 5 eigene Fälle mit recht brauchbaren mikroskopischen Protokollen schließen das Kapitel. Das nächste handelt von den »blutenden Septumpolypen«. Dieselben sind, wie Ref. bestätigen kann, stets angiomatöser Natur, und zwar häufiger Telangiektasien als Kavernome; H. fügt den bekannten Fällen 2 neue hinzu. Im 4. Abschnitte werden die Fibrome und adenomatösen Fibrome, im 5. die reinen Adenome besprochen, wiederum gestützt auf eigene Untersuchungen. Ganz kurz kommen dann die Myxome an die Reihe, von denen leider eine genauere mikroskopische Beschreibung nicht gegeben wird, was um so mehr zu wünschen wäre, da in der Rhinopathologie mit dem Begriffe des Schleimgewebes sehr viel gesündigt wird. Von Cysten werden nach Schech die traumatischen als echte, die in Schleimpolypen als unechte angeführt. Ref. scheinen gerade umgekehrt die letzteren, und zwar wohl meist als Retentionscysten, wirkliche Cysten zu sein, während die ersteren lediglich subperichondrale Exsudatansammlungen darstellen, wie aus der H.'schen Zusammenstellung deutlich hervorgeht. Nach kurzer Erwähnung der Enchondrome folgen noch 2 größere Kapitel über Tuberkulose und Syphilome der Nasenscheidewand, auf deren genauere Wiedergabe Ref. wohl verzichten kann, da diese beiden Gegenstände ja gerade in letzter Zeit durch größere

Originalarbeiten auch weiteren Kreisen hinlänglich bekannt geworden sein dürften. — Die ganze Arbeit von H. bildet eine vorzügliche Zusammenstellung des einschlägigen Materials, die für jeden Nacharbeiter von Werth sein wird. — Die eigenen Fälle stammen aus der Kirchner'schen und Seiffert'schen Poliklinik.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

14) **Manscourt.** La galvanocaustic et les synéchies nasales.

(Ann. des malad. de l'oreille 1898. p. 482.)

M. beobachtete in seiner Praxis 17 Fälle von Synechien, die durch von anderer Seite ausgeführte, und zu häufig — bis zu 90mal! — wiederholte Kauterisation von Muschelhypertrophien bedingt waren. Er bespricht das Krankheitsbild und warnt vor diesem Missbrauche des Galvanokauters, der, wie er sagt, bei manchen Ärzten durch den Anblick einer Schleimhauthypertrophie reflektorisch ausgelöst wird.

Hinsberg (Breslau).

---

15) **L. Vacher.** Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher les miroirs laryngiens de se couvrir de buée.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. p. 218.)

V. empfiehlt die Kehlkopfspiegel zur Verhütung des Beschlagens nicht trocken, sondern gleichmäßig nass zu verwenden. Damit die Flüssigkeitsschicht nicht durch Ungleichmäßigkeit stört, muss dann der Spiegel aber gut entfettet sein. Er reibt ihn desshalb mit Watte aus 1%iger Sodalösung ab, taucht ihn dann in 1—2‰ige Quecksilbercyanürlösung. Dabei sollen die Spiegel zuverlässig aseptisch werden und sich besser halten, als wenn sie gewärmt werden.

Kümmel (Breslau).

---

16) **H. Mygind.** Lupus vulgaris laryngis.

(Archiv für Laryngologie Bd. X. p. 131.)

M. hat 200 Fälle von Lupus vulgaris der äußeren Haut untersucht, von denen 20, also 10%, Lupus laryngis zeigten; das weibliche Geschlecht war stärker betroffen als das männliche, das jüngere Alter das bevorzugte. Ätiologisch kommen in erster Linie lupöse Veränderungen an der äußeren Nase in Betracht, ferner im Inneren der Nase und im Nasen-Rachenraume. Doch ließ sich in keinem Falle eine Ausbreitung durch Kontinuität nachweisen. Bezüglich der Symptome scheint bemerkenswerth, dass Schlingbeschwerden, Schmerzen und auch Heiserkeit bei den meisten Pat. fehlten. Letzteres ist dadurch zu erklären, dass das lupöse Leiden des Kehlkopfes sich vorzugsweise in dessen oberen, für die Stimmbildung weniger wichtigen Theilen lokalisirt. Über diese Lokalisation folgt dann eine genauere Auseinandersetzung, die an der Hand der recht guten Abbildungen im Originale eingesehen werden muss. In diesem Abschnitte finden wir auch die verschiedenen Entwicklungsstadien, von denen M. 5 unterscheidet, so wie die histologischen Verände-

rungen geschildert. Es folgen dann noch Bemerkungen über Verlauf, Prognose, Diagnose und Behandlung. Von letzterer ist zu bemerken, dass M. im Wesentlichen von einer lokalen Behandlung abräth, wenn nicht gerade Stenose droht. Den Schluss bilden die 20 Krankengeschichten.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

17) J. Sedziak. Zur operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses.

(Nowiny lekarskie 1899. No. 1 u. 2.)

Die Statistik des Verf. basirt auf 640 in der Litteratur bekannten Fällen von Operationen des Carcinoma laryngis. Hiervon wurden 36 endolaryngeal in Angriff genommen, die Laryngofissur 136, die Resektion des Kehlkopfes 201 und die Exstirpation des ganzen Organes 267mal ausgeführt. Die endolaryngealen Operationen ergaben 14 günstige Resultate (39%) und 14 Recidive (39%); in den übrigen Fällen war die Beobachtungsdauer zur Fällung eines definitiven Urtheils eine viel zu kurze. — Durch Laryngofissur wurden 34 definitive Heilungen (25%) erzielt. 78mal entwickelte sich ein Recidiv, 12 Pat. erlagen der Operation (2,2%); in den übrigen Fällen fehlt eine genaue und präcise Beobachtung. Von den halbseitig Resecirten genasen 46 (23%), starben in Folge der Operation 44 (21,8%) und 63 (31,3%) wurden recidiv. Der Rest stand nicht genügend lange in Beobachtung. Die Kehlkopfexstirpation ergab 36 (13,4%) definitive Heilungen, 94 (35,2%) Todesfälle, 81 (30,3%) Recidive. Die übrigen sind bezüglich des Dauererfolges unsicher.

Trzebicky (Krakau).

---

18. J. Trumpp (München). Die Intubation in der Privatpraxis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 45.)

Davon ausgehend, dass unter der Serumbehandlung selbst die schwersten Erscheinungen von Kehlkopfstenose bei Diphtherie rasch zurücktreten können, und es sich desshalb oft nur darum handele, dem Kranken über die momentane Erstickungsnoth hinwegzuhelfen, erörtert T. die Frage, ob die Intubation in der Privatpraxis überhaupt aus- und durchführbar sei und auch dem Praktiker so wesentlich bessere Resultate verspreche, als die blutige Operation, dass sie wenigstens unter gewissen Umständen an Stelle dieser zu setzen wäre. Verf. beantwortet beide Fragen in bejahendem Sinne und stützt sich hierbei auf die Ergebnisse einer von ihm veranstalteten internationalen Sammelforschung. Nach dieser sind von 55 Ärzten 5468 außerklinische Intubationen mit 36% Heilungen in der Vorserumperiode und mit 81,98% Heilungen in der Serumperiode ausgeführt worden! Darunter sind allein 4066 von (13) amerikanischen Ärzten gemachte Intubationen mit 31,5, bezw. 81,5% Heilungen! Im Ganzen sollen nur 13 Unglücksfälle — 2 Todesfälle in Folge

von Tubusverstopfung, 10 in Folge von Autoextubation, 1 in Folge von plötzlich nach der Entfernung des Röhrchens aufgetretener Stenose — vorgekommen, zahlreiche Fälle von Autoextubation ohne Schaden für die Pat. verlaufen sein. — Indem T. im weiteren die Methode der Intubation und die Nachbehandlung schildert, wie sie von den verschiedenen Autoren empfohlen werden, stellt er zum Schlusse eine Reihe von Thesen zur Diskussion, in denen die Berechtigung der Hausintubation unter bestimmten (s. Orig.) Bedingungen anerkannt wird.

Kramer (Glogau).

19) **Troisier.** La cancer du canal thoracique.

(Presse méd. 1898. No. 43.)

Verf. hat mehrfach über die subclavicularen Drüsenmetastasen bei Abdominalkrebs gearbeitet und ist dabei auf den Gedanken gekommen, auch den Ductus thoracicus als Weg der krebsigen Fortpflanzung zu untersuchen. Unter sehr vielen einschlägigen Autopsien hat er 3 Fälle von sekundärem Krebs des Ductus thoracicus beobachten können, welche er in vorliegender Arbeit mittheilt. 1mal handelte es sich um primären Krebs der Niere und Nebenniere, 1mal um einen Uterus-, das 3. Mal um einen Magenkrebs. In allen 3 Fällen waren die linksseitigen subclavicularen Drüsen krebsig erkrankt. — Das Carcinom des Ductus thoracicus macht keine klinischen Erscheinungen oder bemerkenswerthe Funktionsstörungen; es schreitet kontinuirlich fort, durchsetzt die ganze Wand des Kanales und wuchert in die Lichtung hinein, diese verengend und schließlich verstopfend; es bildet sich stellenweise auch eine vaskularisirte Sklerose aus. Der ganze Kanal ist meist in einen harten Strang verwandelt, mit Knotenbildung und Auftreibungen, als ob er künstlich injicirt sei; die Wucherungen ragten in einem Falle in die Lichtung der linken Subclavia hinein. Histologisch handelt es sich um Epitheliome.

Der interessanten Arbeit sind 3 instruktive Abbildungen beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

20) **C. Elsberg.** Über Herzwunden und Herznaht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. p. 426.)

Verf. suchte durch eine Reihe von Experimenten am lebenden Thiere (meist Kaninchen) die Größe der Verletzung so wie die Menge von Nähten festzustellen, welche ein Säugethierherz ohne dauernden Schaden ertragen kann. Nadelstiche hatten eine vorübergehende Arhythmie zur Folge, die Blutung war bei Vorhofstichen stärker als bei solchen des Ventrikels, stand aber auch dann in kurzer Zeit. Die Thiere blieben am Leben. An Skalpellwunden verbluteten die Thiere stets, sobald dieselben größer als 2—3 cm waren und nicht genäht wurden. Nähte am Herzen ohne vorhergegangene Verletzung wurden an Vorhöfen und Kammern gut ertragen, doch ist zu bemerken, dass alle Muskelfasern, die durch die Naht zusammengedrückt werden, atrophiren und durch Bindegewebe ersetzt werden.

Wunden des Herzens von 2—4 mm Breite ließen sich leicht durch Naht verschließen; bei großen Wunden muss die Naht sehr schnell angelegt werden, wenn das Thier nicht verbluten soll. Eine Art »Esmarch'scher Blutleere« konnte dadurch erzielt werden, dass etwas unterhalb der Mitte der Ventrikel, um Theile der Vorkammern, um die Herzohren temporäre Ligaturen angelegt wurden; dann sowohl, wie auch nach vorheriger Tabaksbeutelnaht gelang es, sehr erhebliche Theile des Herzens zu durchschneiden bezw. abzutrennen und die Wundflächen zu vernähen. Auch von den so operirten Thieren blieb ein großer Theil am Leben.

Für die Praxis folgert Verf., dass der Chirurg zur Herznaht greifen darf, wenn trotz passender Allgemeinbehandlung der Zustand eines Pat. mit einer Herzwunde sich verschlimmert. Keinenfalls wird durch die Naht ein Herzstillstand erreicht. Die Nähte selbst sollen möglichst wenig zahlreich und nur durch Perikard und die oberflächlichen Muskelschichten gelegt werden (Knopfnähte). Das Knoten derselben erfolge während der Diastole. Aber nicht jede Verletzung des Herzens braucht genäht zu werden. Unter Umständen können selbst relativ große Herzwunden ohne Lokalbehandlung heilen.

Honsell (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

21) **A. A. Kadjan.** Abscess im Lobus temporalis.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. No. 5.)

Der Abscess wurde bei einem 31jährigen Arzte beobachtet. Es waren im Juli Angina follicularis, dann Otitis media sinistra und Mastoiditis vorausgegangen. Trepanation des linken Warzenfortsatzes mit Freilegung der Dura. Nun entwickeln sich nach und nach die Hirnsymptome, Hemiplegie rechts und sensorische Aphasie. Dank der Trepanationsöffnung steigt der Hirndruck nicht allzu sehr und sind die Symptome mäßig. 8. Oktober Freilegung des Temporallappens, der Abscess wurde aber nicht gefunden; erst nach 2 Tagen, als Pat. schon dem Tode nahe war, entdeckte man die Eiterhöhle weiter vorn. 150—180 ccm Eiter werden entleert, darauf trat Heilung ein. Das Gedächtnis für die Geschehnisse des letzten Monats war vollständig geschwunden. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

22) **Tubenthal.** Gehirncyste als Ursache von epileptischen Krämpfen. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.)

Der Fall ist dadurch interessant, dass er von dem ersten Trauma bis zur endgültigen Operation sich in ärztlicher Behandlung befand, und das Auftreten der Krämpfe von der zunehmenden Vergrößerung der schon längere Zeit bestandenen Cyste abhängig schien. Die Cyste erwies sich bei der Operation als nicht von zarter Hirnhaut bedeckt und sehr groß (80 ccm flossen aus der vorher pulsirenden Stelle ab); sie hatte birnförmige Gestalt.

Die Cyste ward für sich mit Jodoformgaze tamponirt, dann ein Verband angelegt. Kopfschmerzen und Krämpfe hörten dauernd auf. Nach anfänglich starkem Ausflusse von Liquor cerebrospinalis konnte am 6. Tage der Jodoformtampon entfernt werden. Es trat völlige Vernarbung ohne Plastik ein; auch war die Narbe bei leichtem Drucke nicht schmerzhaft.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

23) **Gettling.** Fall von wiederholter Kraniotomie wegen Jackson-scher Epilepsie.

(Chirurgia Bd. V. p. 443. [Russisch.])

Aus der Anamnese des bewusstlos eingelieferten Epileptikers ergab sich, dass derselbe vor 9 Jahren aus beträchtlicher Höhe ins flache Wasser mit dem Kopfe auf einen Stein gefallen war und sich eine große, klaffende Wunde der Kopfschwarte zugezogen hatte. Als er aus dem Wasser gezogen wurde, verlor er das Bewusstsein. Nach 5monatlichem Aufenthalte im Hospitale wurde er mit einer Parese der rechten Extremitäten und mit einer Sprachstörung entlassen. 1 Jahr nach dem Sturze bekam er den ersten epileptischen Anfall. Es wurde wegen der Häufigkeit der Anfälle (bis zu 3 Anfällen täglich), und weil dieselben immer vom rechten Beine und Arme ausgingen, die Trepanation beschlossen; kurz vor der Operation wurde bekannt, was der Kranke vorher absichtlich verschwiegen hatte, dass seine Kopfnarben nicht allein vom Falle herrührten, sondern dass vor etwa einem Jahre von anderer Seite bereits eine Trepanation vorgenommen worden war. Weil aber die Narbe nicht genau den betreffenden Centren entsprach, so wurde trotzdem die Operation ausgeführt. Ein abschließendes Urtheil gestattet der Fall noch nicht, weil erst 2 Monate seit der Operation verflossen sind. Immerhin sind zunächst die meisten Beschwerden verschwunden.

G. betont, dass man sich bei der Trepanation mehr nach dem Sitze der den Krämpfen entsprechenden Centren, als nach dem Sitze der Narbe richten soll.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

24) **A. Dehler.** Beitrag zur operativen Behandlung des Hydrocephalus chronicus ventriculorum.

(Festschrift zur Feier ihres 50jährigen Bestehens herausgegeben von der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg.)

Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1899.

$1\frac{1}{2}$jähriges Mädchen hatte im 8. Lebensmonate einen 36 Stunden dauernden Anfall von Bewusstlosigkeit, Krämpfen und Temperatursteigerung bis 43°. Danach Lähmung der rechten Extremitäten, die nach 9 Monaten im Beine zurückging, während sie im Arme bestehen blieb. Seit dem Anfalle kontinuirliche Zunahme des Schädelvolumens ohne Störung der Intelligenz oder sonstigen körperlichen Entwicklung.

Status: Hochgradiger Hydrocephalus, schwach spastische Paralyse des rechten Armes, eben solche Parese des Beines, Strabismus divergens alternans.

Schönborn machte von der großen Fontanelle aus die Ventrikeldrainage nach Mikulicz mittels eines dünnen, am äußeren Ende durch ein Plättchen am Hineinschlüpfen gehinderten Goldröhrchens, über dem der kleine, hufeisenförmige Hautlappen mit Seidennähten angeheftet wurde.

Der Erfolg war zunächst ein guter: Strabismus und Lähmungserscheinungen gingen im Laufe der nächsten 8 Tage zurück, der Schädelumfang nahm ab, die Wirkung der Drainage zeigte sich in ausgedehntem Ödem der Kopfhaut.

Am 8. Tage trat eine Störung durch starkes Aussickern von Liquor cerebralis durch 2 Stichkanäle, verbunden mit leichten klonischen Krämpfen auf, wurde aber durch Verkleben der Stichkanäle behoben. Am 18. Tage wurde das Röhrchen, da man es verstopft glaubte, entfernt.

Nach Ablauf eines Monates abermals Drainage, die dies Mal 5 Wochen liegen bleibt und wieder guten Erfolg hat, wenn auch vielleicht weniger, als das 1. Mal. Einige Tage nach Entfernung des Röhrchens wieder stärkerer Liquorausfluss aus einigen Stichkanälen, der aber zum Stehen gebracht wird. (Es war dies Mal mit Katgut genäht worden, die Resorption einiger Fäden hatte sich aber verzögert.) 10 Tage nach der Entfernung der Drainage plötzlich Krampfanfall, völlig entsprechend demjenigen, mit welchem das Leiden begann. Tod innerhalb von 2 Stunden.

Obduktion: Hochgradiger Hydrocephalus internus.

D. führt das Leiden auf eine akute seröse Meningitis zurück; der Tod ist seiner Ansicht nach nicht auf das reichliche Ausfließen von Liquor durch die Stichkanäle zu beziehen, für die Technik der Operation ist aber jedenfalls an diese Möglichkeit zu denken. **R. v. Hippel** (Dresden).

25) **Bayerthal.** Heilung akuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst. (Aus dem städt. Krankenhause zu Worms.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 46.)

Bei dem 29jährigen Pat. handelte es sich um eine hallucinatorische Paranoia, die nach Beginn der Krankheit mit linksseitiger Lähmung und corticalen Reizerscheinungen motorischer und sensibler Natur (Jackson'scher Epilepsie) innerhalb $1^3/_4$ Jahres, auftrat. Bei dem progressiven Verhalten des Leidens musste trotz anfänglich normaler Beschaffenheit des Augenhintergrundes und trotz Fehlens von Kopfschmerzen etc. an eine Geschwulst gedacht werden, die (mit Rücksicht auf den Ausgangspunkt der corticalen Epilepsie und der initialen Lähmungserscheinungen am linken Fuße und wegen des Bestehens umschriebener perkutorischer Empfindlichkeit über dem rechten Parietale nahe der Mittellinie) im Lobus paracentralis und in Anbetracht früherer Drüsenerkrankungen als von tuberkulöser Natur vermuthet wurde. Die Operation (Heidenhain) musste wegen Verschlechterung des Pulses beim 1. Eingriffe in 2 Zeiten gemacht werden. Es fand sich ein subcortical gelegener, mit einem 2 cm langen Fortsatze versehener walnussgroßer Solitärtuberkel an der vermutheten Stelle, ziemlich tief sitzend und anscheinend bis zum Balken reichend; die Ausschälung gelang vollständig und ohne besondere Blutung. — Nach der Operation besserten sich rasch die hallucinatorischen Erscheinungen und verschwanden schließlich vollständig; die übrigen Symptome gingen nur theilweise zurück. Das Wohlbefinden in psychischer Hinsicht dauert jetzt bereits 1 Jahr; Krampfanfälle sind noch einige Male aufgetreten, das linke Bein ist etwas beweglicher geworden. **Kramer** (Glogau).

26) **A. Gabszewicz.** Ein intrakranielles Cholesteatom.

(Gaz. lekarska 1899. No. 41.)

Ein 38jähriger, rüstiger Mann suchte des Verf. Abtheilung wegen heftiger Kopfschmerzen auf. Die Anamnese ergab, dass er als Kind einen heftigen Schlag gegen die rechte Stirnhälfte erhalten hatte.

Die Kopfschmerzen haben sich erst vor 5 Wochen eingestellt unter gleichzeitiger Entwicklung einer schmerzhaften Geschwulst über dem rechten Frontalhöcker. Dieselbe wurde anderweitig incidirt, wobei angeblich eine dicke, eiterähnliche Flüssigkeit herausgeflossen sein soll. Bei der Aufnahme wurde vom Verf. folgender Befund notirt: Am rechten Frontalhöcker in der Mitte einer sagittalen linearen Narbe eine kleine Fistelöffnung, in deren Umgebung die Haut geröthet und empfindlich war. Das rechte Augenlid geschwollen, fluktuirend; bei Druck auf dasselbe fließt Eiter zur Fistel heraus. Die Sonde gelangt durch die Fistelöffnung 5—6 cm in die Schädelhöhle und ist nach Extraktion mit eiterähnlicher Masse bedeckt. Mäßiges Fieber. Verf. entschloss sich zur Trepanation. Es wurde in sagittaler Richtung ein Hautschnitt durch das obere Augenlid über die Fistel und noch weiter gegen den Scheitel zu geführt. Nun gewahrte man unter der Haut einen Balg, ähnlich wie er bei Atheromen vorzukommen pflegt. Nach Exstirpation desselben präsentirte sich dem Auge im Knochen eine kleine, 3—4 mm im Durchmesser betragende Öffnung. Der ziemlich dünne Knochen wurde um dieselbe herum in der Größe eines Markstückes trepanirt, worauf man in der Schädelhöhle ebenfalls einen atheromähnlichen Balg mit einer der Knochenusur entsprechenden Öffnung fand. Nach Erweiterung derselben und Entfernung des Atherombreies wurde der ganze ziemlich dicke Balg exstirpirt, was Mangels irgend welcher strafferer Adhäsionen überraschend leicht gelang. Nun erst konnte man sich überzeugen, dass das knöcherne Dach der Orbita usurirt war, und eine Kommunikation zwischen dem Abscesse des oberen Augenlides und dem Atherome

bestanden hatte. Nach Entfernung der Cyste blieb im Schädelinnern eine hühnereigroße Höhle zurück, deren Grund normale Dura bildete. Tamponade der Höhle mit Gaze. Die Kopfschmerzen haben von der Operation an vollständig aufgehört, eben so das Fieber. Die Höhle im Schädelinnern zeigte aber monatelang fast gar keine Neigung zur Verkleinerung. Die Lücke im Knochen wurde nach König-Müller mit Erfolg geschlossen, bis auf eine kleine Öffnung, durch welche ständig ein Gazestreifen in die postoperative Höhle eingeführt wurde.

Trzebicky (Krakau).

27) **Koebel.** Über Kombination von Otitis media mit rhinogenem Gehirnabscesse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 39jährigen Mann, der an chronischer Naseneiterung und recidivirender Otitis media litt, und bei welchem 14 Tage vor der Aufnahme hohes Fieber, starke Kopfschmerzen, dann Benommenheit aufgetreten waren. Zunehmende Pulsverlangsamung und Zuckungen im Gebiete der linken Oberextremität drängten im Vereine mit diesen Erscheinungen zur Operation. Hinter dem rechten Ohre, im Bereiche der mittleren Schädelgrube, wurde die Dura freigelegt und mehrfach mit negativem Erfolge punktirt; es folgte die Eröffnung und Exkochleation des mit Eiter und Granulationen gefüllten Mittelohres so wie des Antrum mastoideum. Nirgends wurde eine nach dem Schädelinnern führende Fistel gefunden. Tamponade. Nach wenigen Stunden Tod im Collaps. Die Sektion ergab eine Eiterung in beiden Stirnhöhlen, Perforation des linken Sinus frontalis und einen großen Abscess im Gebiete des Stirnhirnes.

Anschließend führt Verf. die bisherige Kasuistik von Hirnkrankheiten im Anschlusse an Empyeme der Stirnhöhle an (20 Fälle) und bespricht den Infektionsweg so wie die Symptome der Erkrankung. **Honsell** (Tübingen).

28) **M. Lermoyez.** Un signe de la thrombose du sinus longitudinal supérieur.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 497.)

L. beobachtete bei einer Pat., die mit Erscheinungen einer Sinus- und Jugularisthrombose aufgenommen wurde, eine plötzlich auftretende, beträchtliche Erweiterung aller Venen des behaarten Kopfes. Operation, bei der neben einem extraduralen Abscesse eine ausgedehnte jauchige Thrombose des Sinus transversus festgestellt wird. Tod wenige Stunden später. Bei der Autopsie finden sich neben der erwähnten jauchigen Thrombose des Sinus transversus, die bis zum Confluens sinuum reicht, Thromben im Sinus longitudinalis, Sinus rectus und im Sinus transversus der anderen Seite. Diese Thromben sind fortgeleitete, nicht infektiöse. Außerdem Hirnödem.

L. hält die Erweiterung der Venen der Kopfhaut für die Folge der ausgedehnten intrakraniellen Thrombosen. Er hält ihr Auftreten für beweisend dafür, dass außer dem Sinus transversus auch andere Blutleiter thrombosirt sind und sieht sie als absolute Kontraindikationen gegen jeden operativen Eingriff an.

Hinsberg (Breslau).

29) **S. S. Golowin.** Ein Fall von Krönlein's Operation bei Neubildung des Sehnerven.

(Westnik Oftalmologii 1899. Juli—Oktober. [Russisch.])

G. entfernte bei einem 4jährigen Knaben ein myxomatöses Fibrosarkom der Tunica arachnoidea des rechten Sehnerven. Die Geschwulst war 5 cm lang und bis 2,5 cm dick. Der Augapfel konnte geschont werden. Nach 6 Monaten recidivfrei. — Die Geschwulst entstand vor 9 Monaten; 4 Wochen vorher fiel Pat. gegen einen Stuhl und bekam dabei eine große Beule an der Stirne. — G. spricht sich warm für die Operation aus. **Gückel** (B. Karabulak (Saratow).

30) **Moser.** Zur Kasuistik der Stirnhöhlengeschwülste.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

M. berichtet über einige Fälle von Stirnhöhlengeschwülsten aus der v. Mikulicz'schen Klinik:

1) Ein eingekapseltes Osteom, welches sich bei einem 22jährigen Mädchen im Laufe mehrerer Jahre herangebildet und die vordere Lamelle des Os frontis usurirt hatte. Abmeißelung. Die entfernte Geschwulst war eiförmig, 5,5 cm lang, 3 cm hoch und bestand zum größten Theile aus fester, elfenbeinerner Knochenmasse. Den Ausgangspunkt bildete die mediale Seite, dort, wo das Stirnbein mit dem Sieb- und Nasenbeine in enge Berührung tritt.

2) Ein sehr langsam herangewachsenes Sarkom (oder Endotheliom) der Stirnhöhle, das die vordere Wand theilweise perforirt, die ganze Höhle stark erweitert hatte. Resektion eines 2 cm langen, $1/2$ cm breiten Stückes der Knochenwand, Exkochleation der Geschwulst. Da die Höhle sich nur wenig verkleinert hatte und sich anscheinend ein Recidiv entwickelte, wird nach einem halben Jahre in einer 2. Operation die ganze vordere Wand der Stirnhöhle, das Orbitaldach und ein guter Theil des Margo supraorbitalis entfernt, die Höhle kauterisirt und in einer weiteren Sitzung die granulirende Fläche mit Transplantationen bedeckt. Endlich konnte durch Anfrischung und Vernähung der Hautränder wieder eine Art neuer Stirnhöhle gebildet werden. In dem abgetragenen Knochen wurde noch Neubildung gefunden, doch handelte es sich nicht um ein eigentliches Recidiv, sondern um Weiterentwicklung der in der Stirnhöhlenplatte zurückgebliebenen Geschwulstmassen.

Den Schluss der Arbeit bildet ein kurzer Überblick über die wenigen Parallelfälle zu der letztgenannten Beobachtung, welche die Litteratur aufweist.

Honsell (Tübingen).

31) **P. de Molènes.** Tumeur érectile de la langue.
(Presse méd. 1898. No. 44.)

Verf. theilt eine äußerst interessante Beobachtung mit, die hier kurz wiedergegeben werden mag.

Es handelte sich um ein 3 Wochen altes Mädchen, das mit einer eigenthümlichen Affektion behaftet war. Die Zunge war nämlich stark vergrößert, bläulichroth verfärbt, und hing weit aus dem Munde heraus. Außer einer mäßig großen Teleangiektasie im Nacken zeigte es keine weitere Anomalie. Die Ernährung war sehr erschwert, die intelligente Mutter gab an, dass die Zunge beim Schreien, Pressen und Saugen stets mehr anschwillt. Bei der Untersuchung ergab sich, dass an der Unterfläche der Zunge eine weiche, dunkel gefärbte, wenig über die Oberfläche herausragende Geschwulst saß, die vorn durch das Bändchen in 2 Theile getheilt wurde. Diese Geschwulst war ein Angiom, eine »erektile, kapilläre« Geschwulst. Lymphgefäße waren nicht betheiligt. Verf. komprimirte die Zunge mit der Hand und konnte so eine Verkleinerung herbeiführen, so dass das Einführen und Fassen der glücklicherweise sehr langen und festen Mammilla der Mutter gelang. Von einem operativen Eingriffe wurde in Anbetracht des jugendlichen Alters und des schlechten Ernährungszustandes des Kindes Abstand genommen.

Verf. sah das Kind von Zeit zu Zeit wieder; der Zustand blieb lange Zeit derselbe; die Zunge stets vorgefallen.

Zu seinem größten Erstaunen konnte Verf. nach einer längeren Pause ein deutliches Kleinerwerden der Geschwulst konstatiren; nach 7 Monaten etwa war die Verkleinerung noch deutlicher, das Kind konnte gut saugen, hatte sich erholt und normal entwickelt; die Geschwulst an der Unterfläche der Zunge war um die Hälfte geschrumpft. Als das Kind 3 Jahre alt war, sah Verf. es wieder: die Zunge war noch immer etwas größer als normal, aber sehr beweglich. Rechts vom Frenulum war keine Spur der angeborenen Geschwulst mehr zu finden, links noch ein kleiner Rest, pfirsichroth, wenig hervorragend, nicht mehr pulsirend; das Kind ist gut entwickelt, sehr lebhaft und intelligent.

Irgend eine Erklärung dieser spontanen Heilung ist Verf. außer Stande, zu geben. **Tschmarke** (Magdeburg).

32) **G. Laurens.** Note sur un cas d'abcès chronique du voile du palais.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 197.)

Ein sonst gesunder Mann empfindet alle 7—8 Monate plötzlich fötiden Geschmack im Munde und spuckt dann mehrere kleine, sehr stinkende Eiterklümpchen aus. L. fand 2 Divertikel in der Umgebung der rechten Tonsille: eins im Gaumensegel, eins zwischen vorderem Gaumenbogen und Mandel; beide enthalten stinkenden Eiter. L. hält sie für die Residuen alter Entzündungen. (Landgraf u. A. machten neuerdings auf angeborene Fisteln und Gänge in den Gaumenbögen aufmerksam, in denen sich Eiter ansammeln kann: vielleicht handelt es sich hier um solche Fälle. Ref.) **Kümmel** (Breslau).

33) **S. Thomsen.** Kystoma branchiale desmoides colli complexum.

(Hospitals Tidende 1898. No. 10.)

Verf. hat von dem Halse eines 26jährigen Mannes eine cystische Geschwulst entfernt. Die Geschwulst füllte die ganze Regio retromaxillaris, erstreckte sich auf die untere und innere Seite des Warzenfortsatzes hinauf und war hier innig mit dem Periost verbunden. Der Inhalt war ölig mit feinen Schuppen. Die Wand war eine Knorpelkapsel von unregelmäßiger Gestalt, 0,2—1 cm dick, mit hervorspringenden Leisten. Die innere Seite der Wand war mit Haut ausgekleidet und mit Lanugohaaren besetzt. Diese Haut hing sehr innig mit der Knorpelkapsel zusammen, das Ganze erinnerte sehr an eine Ohrmuschel. Um die Geschwulst herum befanden sich mehrere kleinere Knorpelstücken, mit der Geschwulst nur durch festes Bindegewebe verbunden. Keine mikroskopische Untersuchung.

Schaldemose (Kopenhagen).

34) **J. Borzymowski.** Fraktur des Kehlkopfes.

(Medycyna 1899. No. 12 u. 13.)

Ein 40jähriger, athletisch gebauter Knecht wurde durch einen Pferdehufschlag gegen den Hals an eine Wand gepresst. Es stellten sich gleich bedeutende Athembeschwerden ein, wobei am Schlusse eines jeden Inspiriums ein »Schnackerl«-artiges Geräusch hörbar wurde. Es stellten sich häufige Hustenanfälle ein, wobei blutige Sputa expektorirt wurden. Die Stimme war völlig klanglos. Die Tastung unmittelbar nach dem Unfalle ergab eine abnorme Beweglichkeit des Schilddrüsen- und Ringknorpels. Bei jedem Schlingversuche stellten sich krampfhafte Hustenanfälle ein. 40 Stunden nach dem Unfalle entschloss sich Pat. wegen zunehmender Athemnoth zur Tracheotomie. Die unmittelbar vor derselben ausgeführte laryngoskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Nach Bloßlegung des Kehlkopfes präsentirte sich an demselben rechts eine etwa $1^1/_2$ cm lange, sämmtliche Schichten, die Schleimhaut mitinbegriffen, penetrirende, von rückwärts nach vorn und unten hauptsächlich im Bereiche des Schildknorpels verlaufende Öffnung. Dieselbe wurde etwas gegen die Mittellinie zu erweitert und eine Trachealkanüle eingeführt. Die Ernährung des Pat. erfolgte in der ersten Zeit mittels Sonde. Im weiteren Verlaufe haben sich nekrotische Knochenstücke abgestoßen. Das Decanulement war erst nach 3monatlicher Dilatation mittels Bolzen möglich.

An diesen Fall reiht Verf. eine genaue Besprechung dieser, übrigens relativ seltenen Verletzung an, bringt jedoch diesbezüglich nichts Neues.

Trzebicky (Krakau).

35) **P. Tissier.** Laryngite sous-glottique aigue dans la grippe.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 449.)

T. beschreibt einen Fall von beträchtlicher subglottischer Schwellung bei einer Erwachsenen. Dieselbe entwickelte sich akut, starke Dyspnoë verursachend, und

bildete sich innerhalb dreier Tage zurück. Nach T. sind derartige akute subglottische Schwellungen bei Erwachsenen recht selten. **Hinsberg** (Breslau).

36) **A. Druault.** Syringomyélie avec troubles laryngés graves.
(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 468.)

D. beobachtete bei einer 22jährigen Pat., die die klassischen Zeichen der Syringomyelie aufwies, eine Lähmung des Gaumensegels und der Glottiserweiterer. Subjektiv starke Dyspnoë. **Hinsberg** (Breslau).

37) **N. E. Kuschew.** 1000 Fälle von Anwendung des Diphtherieheilserums in der Landpraxis.
(Med. Besseda 1899. No. 18. [Russisch.])

Von 1000 Behandelten starben 101. Die größte Mortalität wies das 2. Lebensjahr auf, dann folgen das 3., 5., 1., 8. und 4. — alle über 10%. Die am 1. Tage Behandelten zeigten 6,4% Mortalität, am 2. 11,6, am 3. 11,8, am 4. 12,6. In leichten Fällen betrug die Sterblichkeit 0%, in mittelschweren 7,5%, in schweren 39,7%. Krupöse Fälle gaben 18,4%. — Zuerst wurde Serum aus dem Petersburger Institute für experimentelle Medicin verwendet; zuweilen beobachtete man Abscesse. Jetzt wird Serum von Roux (Paris) gebraucht, das immer vorzüglich ist. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

38) **W. Mayer** (Fürth). Heilserum und Tracheotomie.
(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 47.)

M. hat an seinen mit Heilserum behandelten Diphtheriefällen den Eindruck erhalten, dass auch bei Befallensein von Kehlkopf und Luftröhre der glückliche Ausgang ohne Operation gegen früher unverhältnismäßig häufiger geworden sei. Auch die Tracheotomiefälle verliefen günstiger, indem 27 von 58 zur Heilung kamen. Auffallend war ihm jedoch, dass unter diesen 6mal die Entfernung der Kanüle große Schwierigkeiten bot, und einige Male plötzlich der Erstickungstod eintrat. Es fand sich bei 2 dieser Fälle völliger Glottisverschluss in Folge tiefgreifender chronisch entzündlicher Schwellung der Stimmbänder und Myositis fibrosa der Stimmbandmuskeln (Sektionsbefund Prof. Hauser's), was vor der Serumbehandlung nie beschrieben worden ist. **Kramer** (Glogau).

39) **J. D. McFeely.** An inoperable case of epithelioma of the larynx and neck treated with formalin injections.
(Brit. med. journ. 1899. Juli 29.)

McF. hat in einem Falle von inoperablem Kehlkopfcarcinom mit Vortheil Injektionen von Formalin angewandt und gefunden, dass bis zu einer halben Drachme reines Formalin injicirt werden kann, ohne Vergiftungserscheinungen herbei zu führen, dass Formalin, obwohl styptisch wirkend, doch nicht leicht Gerinnung und embolische Processe hervorruft, dass es eben so wohl unverdünnt wie verdünnt gebraucht werden kann, in ersterem Falle aber rascher anästhesirend wirkt, dass es außerdem bei antiseptischer Wirkung nicht reizt, sondern bei bösartigen Geschwülsten die Zellneubildung verlangsamt. **F. Krumm** (Karlsruhe).

40) **Schulz.** Zur Behandlung der Trachealstenosen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 29.)

Es handelte sich um einen 18jährigen Kranken, welcher im 4. Lebensjahre wegen Diphtherie tracheotomirt wurde. An der Operationsstelle hatte sich eine Trachealstenose in der Höhe des 5. Trachealknorpels entwickelt, so dass hier die Luftröhre etwa bis zum Fünftel der normalen Weite verengt erschien und statt der runden Lichtung einen schmalen Längsspalt bildete. Die Beschwerden machten sich, abgesehen von ganz erheblichem, für die Umgebung lästigem Schnarchen, in hochgradiger Athemnoth geltend. Ein operativer Eingriff wurde nicht gestattet, daher Sondenbehandlung. Die bisher zur Verfügung gestandenen Instrumente

ließen mehr oder weniger im Stiche, so dass S. Hohlspiralen von Neusilber nach dem Principe der König'schen Trachealkanülen konstruiren ließ, welche mit bestem Erfolge angewendet wurden. **Gold** (Bielitz).

41) **Chipault. Un cas de tumeur myxomateux du sympathique cervical gauche.**

(Travaux de neurologie chirurg. 1899. No. 1.)

Gelegentlich einer Sympathikektomie wegen Epilepsie fand C. bei einer 36-jährigen Frau zwischen oberem und mittlerem Halsganglion des Sympathicus eine kleine Geschwulst von myxomatöser Struktur, die sich aus einem sympathischen Ganglion entwickelt zu haben schien. Der Autor lässt die Frage offen, ob diese Geschwulst pathogene Bedeutung für die epileptischen Zustände hatte.

P. Stolper (Breslau).

42) **G. Reinbach. Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der gutartigen Kröpfe in der Mikulicz'schen Klinik.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

R.'s Arbeit umfasst 162, während der letzten 9 Jahre in der Mikulicz-schen Klinik operirte Kropffälle; ein besonderes Interesse dürfte ihr schon desshalb zukommen, weil bisher noch kein umfassender Bericht über das gesammte Kropfmaterial einer Klinik existirte, der nur sporadische Fälle zugehen. Die Indikation zum chirurgischen Eingreifen wurde in allen jenen Fällen als gegeben betrachtet, wo der Kropf Beschwerden oder erhebliche Unbequemlichkeiten verursachte, und die Thyreoidintherapie nicht zum Ziele führte; ev. wurden auch kosmetische Momente berücksichtigt. Bei isolirten Kropfknoten oder Cysten wird regelmäßig die Enukleation angewendet, im Übrigen gilt als Normalverfahren die Resektion, deren Technik eine eingehende Schilderung erfährt. Nur in vereinzelten Fällen ist die halbseitige Exstirpation ausgeführt worden. Verf. zieht aus verschiedenen Gründen die Resektion dieser letzteren Methode vor; so führt er an, dass unter Umständen die zurückgelassene Schilddrüsenhälfte nicht ausreichend funktionirt, oder sich erst während der Operation die Nothwendigkeit herausstellt, auch Theile der anderen Hälfte zu entfernen. Bezüglich der Anästhesie kam bei schweren Herzerscheinungen oder starker Dyspnoë die Schleich'sche Lösung in Anwendung, in anderen Fällen blieb die Entscheidung über die Narkosenfrage dem Pat. überlassen. Als Hautschnitt hat sich bei operativen Eingriffen an beiden Schilddrüsenlappen vor Allem der Kocher'sche Kragenschnitt bewährt; bei isolirten Cysten und Knotenkröpfen kommen Längsschnitte, bei Resektion an einer Seite auch Schräg- und Winkelschnitte zur Verwendung. Seit ca. 4 Jahren werden bei Enukleationen, seit Kurzem auch bei Resektionen selbst ausgedehnter Art die Wunden ohne Drainage verschlossen. Von 95 drainirten Wunden heilten 77, von 46 nicht drainirten 40 per prim. int. Die Sterblichkeit betrug bei der Enukleation 0, der Resektion 3,75%. Erkrankungen der Lungen traten in 11 Fällen (3 gestorben) auf, Schädigungen des Recurrens sind seit $5^1/_2$ Jahren überhaupt nicht mehr vorgekommen. Die Beobachtung Bergeat's und Brunner's, dass nach Kropfoperation häufig Temperatursteigerungen nicht infektiösen Ursprunges auftreten, wird vom Verf. bestätigt. Bemerkenswerth ist noch ein Fall ausgesprochener, vorübergehender Tetanie. Dieselbe hatte sich ausgebildet, obwohl anscheinend eine genügend große Schilddrüsenpartie zurückgeblieben war; wahrscheinlich kam sie unter dem Einflusse einer Wundinfektion zu Stande; die Thyreojodintherapie blieb auffallenderweise erfolglos. **Honsell** (Tübingen).

43) **A. G. Levy. A case of arrested development of the third and fourth ribs.**

(Brit. med. journ. 1899. Mai 13.)

L. hat bei einem 13jährigen Jungen eine mangelhafte Entwicklung der rechten 3. und 4. Rippe beobachtet, die sich klinisch in Form einer Einsenkung vorn

kenntlich machte, auch war die claviculare Portion des Pectoralis major besonders stark entwickelt. Der Stumpf des 3. Rippenknorpels war nur $1^1/_2$ Zoll lang und konnte in der Achselhöhle gefühlt werden, während derjenige der 4. etwa $2^1/_2$ Zoll gemessen hat. Außerdem fand sich eine leicht dorsale Skoliose mit der Konvexität nach der missbildeten Seite. Eine Drehung der Wirbelkörper war nicht nachzuweisen. Eine beigegebene Röntgenphotographie illustrirt die Missbildung außerordentlich deutlich. **F. Krumm** (Karlsruhe).

44) W. Horodyński und W. Maliszewski. Über Herzwunden.

(Medycyna 1899. No. 21 u. 22.)

Die bisher spärliche Kasuistik der genähten Herzwunden bereichern Verff. durch folgende 3 in Kosiński's Klinik beobachtete und von ihnen operirte Fälle:

1) Eine 23jährige Frau erhielt eine Stunde vor ihrer Aufnahme in die Klinik in einem Raufhandel einen Messerstich in die Herzgegend. Die Untersuchung der im höchsten Grade anämischen Pat. ergab folgenden Befund: Im 3. linken Interkostalraume, 2 cm lateralwärts vom Brustbeine, eine 2 cm lange vertikale Wunde, aus welcher etwas Blut hervorsickert. Die Herzdämpfung etwas nach links zu vergrößert. Am Brustkorbe hinten links gedämpfter Schall bis zum Schulterblattwinkel. Nach Erweiterung der Hautwunde und Ausräumung von zahlreichen Blutgerinnseln gewahrt man im 4. Interkostalraume eine ebenfalls etwa 2 cm große Verletzung der Pleura, aus welcher bei den Athembewegungen Luft entweicht und dunkles Blut hervorsickert. Behufs Erzielung eines besseren Zutrittes resecirte H. Stücke vom Knorpel der 4. und 5. Rippe, worauf die Wunde mittels Haken gehörig erweitert werden konnte. Nun erst gewahrte man am vorderen Rande der kollabirten linken Lunge eine penetrirende Wunde und eine 2—2,5 cm lange Kontinuitätstrennung des Herzbeutels, aus welcher dunkles Blut reichlich hervorquoll. Nach Erweiterung der letztgenannten Wunde und Ausräumung der Gerinnsel aus dem Herzbeutel nahmen die Herzkontraktionen an Kraft wesentlich zu. Gleichzeitig gewahrte man jedoch am rechten Ventrikel nahe der Scheidenwand im unteren Drittel des Herzens eine 1,5 cm lange Wunde, aus welcher Blut bei jeder Kontraktion hervorquoll. Die Wunde wurde mittels 5 Seidenknopfnähten geschlossen, eben so der Herzbeutel. Pat. überstand den Eingriff sehr gut und erholte sich relativ rasch. Leider war der weitere Verlauf kein günstiger; denn Pat. erlag nach 3 Wochen einer beiderseitigen zum Theil eitrigen Pleuritis.

2) Ein 24jähriger athletisch gebauter Mann erhielt ebenfalls in einem Raufhandel einen Stich in die Herzgegend. $^1/_4$ Stunde hierauf wurde in der Klinik folgender Befund notirt: Pat. im höchsten Grade anämisch. 1 cm auswärts von der linken Mammillarlinie in der Höhe der 3. Rippe eine 1 cm lange, etwas schief verlaufende Hautwunde. Linksseitiger Pneumothorax. Nach Erweiterung der Wunde (M.) gewahrte man im 3. Interkostalraume, 7 cm lateralwärts vom linken Brustbeinrande, eine 2 cm lange Verletzung der Pleura, aus welcher Blut fast in Strömen hervorstürzte. Nach Erweiterung der Wunde und Resektion des 3. Rippenknorpels gelangte man zu einer 2 cm langen Verletzung des Herzbeutels und einer 1 cm langen Wunde des linken Ventrikels fast in seiner Mitte. Die sofort angelegte Herznaht stillte die Blutung aus dem Ventrikel, worauf auch die Herzthätigkeit eine ruhigere wurde. Perikard und Pleura wurden durch Gazestreifen drainirt. Wiewohl Pat. sich unmittelbar nach der Operation sehr erholt hatte, erlag er doch am 4. Tage einer eitrigen Perikarditis.

3) Ein junger Arbeiter erhielt ebenfalls in einem Raufhandel außer mehreren anderen auch noch eine penetrirende 7 cm lange Schnittwunde im 5. Interkostalraume links, aus welcher bei jedem Exspirium schaumiges Blut sich ergoss. Trotz hochgradiger Anämie war Pat. bei vollstem Bewusstsein und im Stande, ohne Stütze zu stehen und zu gehen. Die erwähnte Wunde wurde in querer Richtung sternalwärts erweitert (M.), Stücke aus der 4., 5. und 6. Rippe resecirt, worauf die ver-

letzte linke Lunge vorfiel und gleichzeitig hellrothes Blut in Strömen hervorquoll Die Lungenwunde wurde in eine Klemme gefasst und das Blut mittels Gaze aufgetupft, worauf sich erst etwa $^1/_2$ cm oberhalb des Diaphragmas eine $2^1/_2$ cm lange quere Wunde des Perikards präsentirte. Da aus derselben ebenfalls hellrothes Blut hervorquoll, wurde sie erweitert, worauf man an der Herzspitze eine penetrirende lappenförmige Wunde gewahrte. Die obere Basis des Lappens war 3 cm breit, die Höhe desselben betrug annähernd $2^1/_2$ cm. Beim Versuche, den Lappen anzunähen, riss derselbe vollständig ab. Nichtsdestoweniger gelang der Verschluss der Herzwunde durch Naht, eben so wurde auch die Herzbeutelwunde vollständig geschlossen und die verletzte Lungenpartie resecirt. Die Wunde der Pleura wurde bis auf eine kleine Öffnung, in welche ein Gazestreifen eingeführt worden war, ebenfalls geschlossen. Tod am folgenden Tage. **Trzebicky** (Krakau).

45) **Pagenstecher.** Durch die Naht geheilte Wunde des linken Ventrikels, ein Beitrag zur Herzchirurgie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 32.)

Ein 17jähriger Lehrling war mit einem spitzen dolchähnlichen Messer in die linke Brustseite gestochen worden. In äußerst elendem Zustande wurde 16 Stunden nach der Verletzung in Äthernarkose ein Einschnitt auf die 5. Rippe gemacht und die Resektion eines 6 cm langen Stückes vom Knorpel nach außen vorgenommen. Nach Erweiterung der Öffnung in der Pleura wurde die 2 cm lange Perikardialwunde auf 5 cm erweitert und darauf eine $3^1/_2$ cm lange, von hinten oben nach vorn unten verlaufende Herzwunde 3 cm über der Herzspitze sichtbar. 3 tiefe Nähte mit Celluloidzwirn und Hagedorn'scher Nadel ließen sich legen. Die Nähte gingen nicht durch das Endokard. Die Blutung stand nach Knotung der Fäden. Die Perikardwunde ward mit Katgutnähten verkleinert; die Zwirnsfäden, zur Öffnung hinausgeleitet, dienten zur Drainage. Im Pleuraraume war sehr viel Blut gewesen.

Es trat Heilung ein, wobei die Herznähte allmählich durch Zug entfernt wurden. Am 20. September konnte Pat. mit wenig secernirender Fistel entlassen werden. Am 15. November waren am Thorax normale Verhältnisse wieder hergestellt.

P. weist im Anschlusse an seinen Fall darauf hin, dass kleine Herzwunden oft spontan heilen (vorausgesetzt, dass nicht das im Septum atriorum gelegene Koordinationscentrum getroffen wird), wenn das Perikard mit zerrissen ist.

Des weiteren folgert Verf. trotzdem aus der bisherigen Statistik, dass die operativen Resultate (unter 10 Fällen 6 Heilungen) die der konservativen Therapie sehr bedeutend übertreffen.

Sämmtliche Operationen betrafen nur Ventrikelwunden.

Die Verhältnisse bei den einzelnen operirten Fällen werden von P. eingehender besprochen. Erwähnt sei, dass das Herz außerordentlich tolerant war und sich ohne Schaden anfassen, drücken und an den schon gelegten Nähten heranziehen ließ, ohne seine Thätigkeit sehr zu verändern.

P. versuchte an der Leiche ein Verfahren, das er allen Anforderungen entsprechend glaubt und eingehend schildert. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um eine Emporklappung des Brustbeines mit einem Theile der Rippenansätze und Ablösung der das Perikard mit der hinteren Brustbeinseite verbindenden Stränge, wovon Verf. sich eine leichtere Zugänglichmachung des Herzens verspricht. In der Praxis hat der Verf. noch nicht Gelegenheit gehabt, es anzuwenden.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 24. Februar.** **1900.**

1) C. Beck. Wie kommt man der idealen Asepsis am nächsten?

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. September.)

Verf. beleuchtet die Fehlerquellen unserer Bestrebungen, aseptisch zu operiren; er leugnet, wohl mit Recht, die übertriebene Furcht vor der Infektiosität der Luft, so fern man den Operationsraum feucht erhält und vor Operationen den Raum »aufzuräumen oder durchzustöbern« vermeidet. Dagegen verkennt er nicht die Gefahren, auf die vor Allem die Untersuchungen Flügge's wieder aufmerksam gemacht haben, und welche in der Infektion der Wunden durch Bakterien aus Mund und Nase des mit Katarrh behafteten Operateurs drohen. Er verlangt, dass derart »unpässliche« Operateure lieber

nicht operiren sollen (wenn sich das nur immer und überall durchführen ließe! Ref.); die Desinfektion der Hände soll eine mehr mechanische sein; Verf. gebraucht dazu zweierlei Seifen; eine rauhe und eine milde; mit der rauhen soll 2—3 Minuten lang gerieben werden und darauf mit der milden Seife eben so lange und ebenfalls mit leinenen Kompressen, welche am besten in dünne, grüne Seife getaucht sind; sodann Trocknen in sterilen Tüchern und Abreiben mit 50%iger Spirituswassermischung, darauf endlich irgend ein Desinficiens. In gleicher Weise soll das Operationsfeld bearbeitet werden, nachdem der Kranke mindestens 24 Stunden vorher gebadet und rasirt worden.

Aber die Bakterien in den kleinen Hautdrüsen werden davon nicht berührt; es liegt Gefahr vor, dass beim Durchschneiden der Haut mit dem Messer selbst Keime in die Wunde geschleppt werden. Verf. glaubt hierauf so manche »unerklärliche« Eiterung, die so häufig dem Katgut zugeschoben worden, zurückführen zu dürfen. Und darum soll nach seinem Vorgange das Messer gewechselt werden, sobald ein oberflächlicher Hautschnitt ausgeführt worden ist. Auch soll der Operateur seine Hände nach dem Hautschnitte noch einmal desinficiren oder die Handschuhe wechseln. Um nun die doch frei gewordenen Hautbakterien unschädlich zu machen, bedeckt Verf. die Wundränder mit sterilen Tüchern, welche mittels »Miniaturpincetten« an dem Gewebe unterhalb der Hautlinie befestigt werden, so dass die Hautwundränder gar nicht mehr mit den Händen des Operateurs in Berührung kommen. Besondere Sorgfalt ist ferner auf die Pflege der Nägel zu legen; dieselben sollen kurz und glatt geschnitten, nie gefeilt werden. Bei septischen Untersuchungen oder Operationen sollen Gummihandschuhe getragen werden.

Aus den am Schlusse der lehrreichen Arbeit aufgestellten Thesen sei noch erwähnt, dass Verf. sterile Baumwollhandschuhe und Kopfmützen trägt, möglichst wenig mit den Fingern an der Wunde arbeitet, sondern mehr mit Instrumenten, alles »stumpfe Präpariren« unbedingt verdammt und beim Nähen der subkutanen Methode den Vorzug giebt. § 8 seiner Thesen lautet: »Lange Bärte sind durchaus unchirurgisch!« — Trotz aller Mühe und Sorgfalt bleiben doch noch immer Fehlerquellen, welche zu vermeiden sind; und trotz mancher Übertreibung, welche das Suchen nach idealer Asepsis zeitigt, wird doch zuweilen ein einfacher Weg, um solche Fehlerquellen zu verstopfen, gefunden, der entschieden Nachahmung verdient. Jeder Beitrag zur Vervollkommnung der Asepsis ist mit Freuden zu begrüßen und so auch die Arbeit des Verf. mit seinen oben ausführlich mitgetheilten neuen Vorschlägen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

2) **Quénu.** De l'asepsie opératoire. — Statistique de deux ans au pavillon Pasteur, à l'hôpital Cochin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 307.)

Die Frage nach der besten Technik der aseptischen Wundbehandlung ist noch immer im Flusse und wird voraussichtlich auch noch nicht so bald von der Tagesordnung verschwinden. Est ist daher von Interesse, auch den Standpunkt auswärtiger Chirurgen, insbesondere eines so erfahrenen Operateurs, wie Q. es ist, kennen zu lernen. Q. schildert im vorliegenden Aufsatze in großen Zügen die von ihm in den letzten Jahren gehandhabte Methode:

Kompressen, Tupfer, Verbandstoffe werden im Autoklaven sterilisirt; in die Kästen miteingelegte, bei 112° oder darüber schmelzende Ligirungen dienen zur Kontrolle der hinreichenden Erhitzung. Die Instrumente werden $^1/_2$ Stunde in Sodawasser gekocht. — Wenn möglich erhält der Pat. in den der Operation vorhergehenden 7 bis 8 Tagen täglich ein Bad. Gleich nach dem ersten Bade lässt Q. die Haut rasiren, abseifen, bürsten, mit Alkohol und Äther reinigen; die folgenden Bäder seien dann wirksamer, als wenn das Rasiren etc. erst vor der Operation geschehe. — Da Q. eine wirkliche Desinfektion der Hände für illusorisch hält, empfiehlt er die möglichst strenge Abstinenz bezüglich Berührung septischer Wunden etc. und aseptischer Operationen, falls man in den letzten 2 Tagen mit septischen Stoffen in Berührung kam. Er führt einige Beobachtungen aus seiner Praxis an, welche beweisen sollen, dass die peinlichste Desinfektion der Tags vorher durch Operation von Eiterungen inficirten Hände nicht ausreiche, einer Wundinfektion durch die Finger vorzubeugen. Einer seiner Assistenten ist daher allein mit dem Dienste in der septischen Abtheilung beauftragt, und nur einmal wöchentlich an einem Tage, der von den für Bauchoperationen bestimmten möglichst fern liegt, nimmt Q. selbst Untersuchungen des Mastdarmes oder irgend welcher septischer Affektionen vor. Ist er mit septischen Stoffen längere Zeit gar nicht in Berührung gekommen, so operirt er ohne Handschuhe. Hingegen bedient er sich dünner — aus Leipzig bezogener — Gummihandschuhe einmal zur Untersuchung und Operation septischer Affektionen, also um seine Hände vor Infektion zu schützen, sodann bei aseptischen Operationen, falls er aus irgend einem Grunde der Asepsis seiner Hand nicht glaubt trauen zu dürfen. Eine Nasen-Mundbinde hält er nur für nöthig, wenn der Chirurg an Schnupfen oder einer alveolären Periostitis leidet. Zur Unterbindung und Naht bedient er sich feinen Zwirnes, der durch die Sterilisation im Autoklaven in seiner Haltbarkeit weniger geschädigt werde, als Seide, und ausgezeichnet im Gewebe einheile, vorausgesetzt, dass er aseptisch und dünn ist und nicht zu dicke Gewebstheile umschnürt.

Am Schlusse giebt Q. eine Statistik der von ihm 1897 und 1898 im Pavillon Pasteur ausgeführten Operationen. Nicht inbegriffen

sind in ihr die kleineren, meist von Assistenten ausgeführten Eingriffe, eben so wenig die als Nothoperationen von dem du jour habenden Chirurgen und der während der Ferien von seinem Stellvertreter vorgenommenen Operationen. Er zählt 237 Operationen mit 15 Todesfällen = 6%; in keinem dieser Fälle war der Tod durch einen Fehler der operativen Asepsis verschuldet, sondern Folge unglücklicher Komplikationen oder der Kachexie oder eines septischen Operationsterrains (Darm, Rectum). 115 Laparotomien oder vaginale Hysterektomien wegen Uterusfibromen, Uteruskrebs, Ovarialgeschwülsten, Adnexerkrankungen gaben 114 Heilungen, nur einen tödlichen Ausgang nach einer Ovariotomie in einem Falle von Stieltorsion und bestehender Peritonitis.

Reichel (Chemnitz).

---

3) **Bazy.** Sur l'asepsie opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 336.)

B. hält den Gebrauch von Handschuhen zur Operation für unnöthig; er ist der Ansicht und vertritt sie durch Anführung einschlägiger klinischer Fälle, dass unsere Methoden der Handwaschung für eine Desinfektion im klinischen Sinne, d. h. also für unsere praktischen Zwecke, ausreichen. — Großen Werth legt er auf möglichst vollständige Blutstillung. — Zur Unterbindung und zu versenkten Nähten bedient er sich zur Vermeidung nicht resorbirbarer Fremdkörper des Katguts, von dessen Gebrauch er üble Folgen nicht gesehen hat. Der größeren oder geringeren Vitalität der Gewebe legt er bezüglich des Zustandekommens von Eiterungen geringere Bedeutung bei, als der Strenge der aseptischen Maßnahmen.

Reichel (Chemnitz).

---

4) **P. Berger.** De l'emploi du masque dans les opérations.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 187.)

Wie Mikulicz befürchtet auch B. eine Gefährdung des Wundverlaufes durch Mikroben, die beim Sprechen oder selbst bei der Athmung aus unserer Mund-, Nasen- oder Rachenhöhle in die Wunden gelangen können. Wie Jener sucht er diese Infektion zu verhüten durch Anwendung einer Maske bei der Operation. Sie besteht aus einer großen, rechtwinkligen Kompresse von 6facher Gazelage, deren unterer Rand an den oberen der im Autoklaven sterilisirten Schürze angenäht und deren oberer Rand mit einer Schnur versehen ist, deren Enden im Nacken geknüpft werden, nachdem die Maske vor das Gesicht bis zur Höhe der Nasenwurzel hinaufgeschlagen ist. Die Maske bedeckt also die Nasenspitze nebst Nasenlöchern, den Mund, Bart und die Vorderseite des Halses. Seit Benutzung der Maske, d. h. seit Oktober 1897, beobachtete B. bessere Resultate. Freilich hat er seit der gleichen Zeit auch alle anderen Maßnahmen der aseptischen Wundbehandlung erheblich verschärft.

Reichel (Chemnitz).



5) **Rajewski.** Zur Frage der Behandlung der eitrigen Wunden mit 2%iger Sodalösung. (Vorläufige Mittheilung.)

(Chirurgia Bd. V. p. 341. [Russisch.])

R. giebt sich Mühe, eine theoretische Grundlage für die Wirkung dieses von Georgiewski empfohlenen Mittels bei eitrigen Wunden zu geben und findet sie in der verflüssigenden Eigenschaft der Sodalösung. Welchem anderen Verfahren das in Rede stehende überlegen sein soll, ist nicht angegeben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

6) **Byford.** The intestinal treatment of tuberculous peritonitis.

(Annals of surgery 1899. September.)

Verf. vergleicht die Dauererfolge der internen und chirurgischen Behandlung bei tuberkulöser Peritonitis. Gewährsmänner sind ihm für die Resultate der internen Behandlung Schroeder-Bonn, Dissertation 1897, der 41% Heilungen aus der medicinischen Klinik daselbst berichtet. Die chirurgische Behandlung ergiebt nach Parker Sims, Medical record April 1898, 30% Heilungen. Den günstigen Einfluss der Laparotomie erklärt Verf. ausschließlich durch die bei der Vorbereitungskur und bei der Nachbehandlung vorgenommenen medikamentösen und allgemeintherapeutischen Maßnahmen. Er hält die interne Behandlung für die allein richtige, empfiehlt flüssige, später reizlose Diät, Bettruhe, heiße Umschläge, klinische Abführwässer, Darmdesinficientien wie Salol, Guajakol oder Kreosot. Verf. identificirt augenscheinlich Peritoneal- mit Darmtuberkulose.

W. Hirt (Breslau).

---

7) **Wolf.** Erfahrungen über Appendicitis.

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. Juni.)

An der Hand von 66 in den letzten 3 Jahren beobachteten Fällen von Epityphlitis legt Verf. seinen Standpunkt als »innerer Arzt« dar. Er betont vor Allem immer und immer wieder die Schwierigkeit resp. die Unmöglichkeit, aus den klinischen Erscheinungen irgend einen Rückschluss auf die Schwere der anatomischen Veränderungen des Processus vermiformis zu machen. Unter Anführung interessanter Krankengeschichten aus seiner Praxis geht er etwas schematisch die einzelnen diagnostischen Hilfsmittel, die uns zu Gebote stehen, durch; er legt besonderes Gewicht auf eine genaue Anamnese, in welcher regelmäßig die bald hier, bald dort auftretenden Schmerzen im Unterleibe eine Rolle spielen. Nur 14 seiner Fälle litten an habitueller Verstopfung, die anderen hatten spontane Stuhlentleerung und einer Durchfall. Die Temperatur bietet zu Anfang des Anfalles keine charakteristischen Eigenthümlichkeiten, sie schwankt durchschnittlich zwischen 38 und 39°, während der Puls

durchweg beschleunigt war (80—100). Bei Besprechung der Differentialdiagnose macht Verf. mit Recht besonders auf die Verwechslung mit Cholecystitis und Adnexerkrankungen aufmerksam. Sehr bemerkenswerth ist seine Stellungnahme als innerer Arzt zur Prognose der Epityphlitis. Die Prognose eines schweren Anfalles ist um so zweifelhafter, je häufiger sich die Anfälle wiederholt haben. »Stets muss man den 2. Anfall mit ernsteren Augen ansehen als den 1., selbst wenn er ebenfalls leichten Charakters war.« Verf. hält eine Restitutio ad integrum des einmal erkrankten Processus vermiformis für äußerst selten und jedenfalls nicht vorauszusehen. Eben so bemerkenswerth ist seine Indikationsstellung zur Operation: er stimmt mit Denen überein, welche die Beschaffenheit des Pulses als das ausschlaggebende Symptom ansehen; steigt er bis 120 und hält er sich auf dieser Höhe, so soll operirt werden, eben so wenn Schüttelfrost eintritt; und zwar dann sofort, ohne Rücksicht auf Puls oder Temperatur; ferner bei schweren oder häufigen Recidiven, und wenn ein perityphlitischer Abscess konstatirt ist. Natürlich ist Verf. Anhänger der Intervalloperation, vor Allem aus oben angeführten Gründen. »Auf alle Fälle sind die Pat. durch die Entfernung der Appendix einer beständigen Quelle drückender Angst und Sorge enthoben.« Von jenen 66 Fällen wurden 30 operirt mit nur 2 Todesfällen, bei denen es sich um Sepsis handelte. Von den nicht operirten Fällen starben nach häufigen Recidiven 4. In einem Falle hat W. nach Entleerung eines perityphlitischen Abscesses ohne Resektion des Wurmfortsatzes 4—5 Rückfälle erlebt. Unter den übrigen 29 Operirten fanden sich 17mal Entzündungserscheinungen am Wurmfortsatze, 12mal akute Gangrän. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

8) **A. Broca** (Paris). L'appendicite, formes et traitement. Les actualités medicales.

Paris, **Baillère et fils,** 1900. 87 S.

B. präcisirt und begründet, gestützt auf die Erfahrung von 187 operativ behandelten Fällen, gegenüber den Anhängern der radikalen Epityphlitisbehandlung (Dieulafoy) seine Stellung zu dieser Frage. Ausgehend von der Ansicht, dass es bei peinlichster Überwachung und Berücksichtigung aller Symptome auch in dem frühen Stadium des akuten Anfalles, innerhalb der ersten 24—48 Stunden, in der That meist möglich sei, zu erkennen, welchen Verlauf der lokale Process nehmen wird, operirt B. im Anfangsstadium nur die Fälle, welche durch Andauer der Schmerzen, des Erbrechens und der absoluten Verstopfung, durch Zunahme des Meteorismus und der periappendikulären Infiltration, so wie durch ein sich allmählich ausbildendes Missverhältnis zwischen Puls und Temperatur einen deutlichen Fingerzeig für die mangelhafte Lokalisirung des Processes geben. Seitdem er so nur die nothwendigen Fälle von Erkrankung des Wurmfortsatzes im akuten Stadium einem operativen Eingriffe

unterzieht, hat B. unter 100 nur 10 Todesfälle zu verzeichnen, während die Sterblichkeit zu der Zeit, wo er ebenfalls radikal vorging, 25% betrug. Bei chronischer Appendicitis resecirt B. in der anfallsfreien Zeit den Processus vermiformis nach Eröffnung der Bauchhöhle, wobei er einen senkrechten Schnitt am äußeren Rande des Musculus rectus anwendet. Handelt es sich um einen periappendikulären Abscess, so wählt er den tief gelegenen schrägen Schnitt oberhalb der Spina ant. sup. nach Roux, wobei B. das Hauptgewicht weniger auf die vollständige Resektion des Processus vermiformis, als auf die Erhaltung der die Peritonealhöhle schützenden Verklebungen legt.

Buchbinder (Leipzig).

9) **V. Czerny.** Über die Entstehung und Behandlung der nach dem Bauchschnitte vorkommenden Narbenbrüche.

(Therapie der Gegenwart 1899. Oktober.)

Die genaue Vereinigung der Muskel-Fascienwunde und ein exakter, durch kein Moment beeinträchtigter Heilungsprocess bieten die größtmöglichste Sicherheit gegen die Entstehung von Narbenbrüchen bei Laparotomirten. Lagerung eines »Fremdkörpers« zwischen die Bauchdecken, wie ein voluminöser Drain, ein prominenter Netzzipfel, Einnähung des Uterusstumpfes in die Bauchwunde, die lippenförmige Umsäumung der Gallenblase mit der Haut etc. bewirken späterhin Narbenektasie. Dieselben Bedingungen werden geschaffen durch die Narkose der allzufest geschnürten Fascien- und Muskelpartien, namentlich bei scharf schneidenden Fäden, wie Silkworm, Draht, die Defekte in der Fascie (»gitterförmige Bruchpforte«) hervorrufen. Ascites und Gravidität bald nach der Laparotomie lassen Bauchbrüche entstehen.

Die frische Narbe muss mehrere Monate—$1^1/_2$ Jahr durch eine flache, die Narbengegend überlagernde Pelotte geschützt werden.

Gewisse Unterschiede in der Entwicklung der Bauchbrüche sind durch die Schnittrichtung, den Ort des Eingriffes gegeben. Der Medianschnitt unterhalb des Nabels bewirkt leichter einen Bauchbruch, als der oberhalb. Der extramediane Bauchschnitt schafft breitere Berührungsflächen. Am günstigsten zur Vermeidung der Bauchbrüche liegen wohl die mesorectalen Längsschnitte; zu ihren Gunsten verzichtet man jetzt auch wohl mehr und mehr auf die queren oder schiefen, hypochondralen Schnitte, die Haken- und Thürflügelschnitte, die im Anfange der Gallensteinchirurgie vielfach in Gebrauch waren.

Neben der Wahl des Schnittes ist von größter Wichtigkeit die Methode der Bauchnaht: die Etagennaht, theoretisch zweifellos die richtigste, da sie jede Schicht für sich genau vereinigt, bietet durch die Versenkung einer großen Menge todten Ligaturmateriales allzuleicht die Gefahr der Eiterung. C. ist desshalb wieder zu der alten *Spencer-Wells*'schen 2reihigen Bauchnaht zurückgekehrt; für die

versenkte Naht verwendet er ausschließlich — in Sublimatalkohol sterilisirtes — Katgut; die Seidennaht wird durch die ganze Dicke der Bauchwand geführt und zwar von innen nach außen mittels großer, flach gekrümmter Nadeln, die an beiden Enden des Seidenfadens eingefädelt werden. Bauchfell und Haut werden ziemlich knapp am Schnittrande, dagegen die Fascienmuskelschicht breit gefasst. Einige oberflächliche Haut-Seidennähte bringen dann die Hautränder in genaue Berührung.

Bei der operativen Behandlung der nach Laparotomie zurückgebliebenen Bauchbrüche ist — nach Excision der gedehnten Narbe — der exakte Verschluss der Bauchwunde wohl nur durch die Etagennaht zu erzielen. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

10) **T. Escher.** Über den inneren Leistenbruch beim Weibe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 557.)

Da das Vorkommen innerer Leistenbrüche bei Weibern allgemein für selten oder gar zweifelhaft gilt, theilt E. seine eigenen diesbezüglichen Beobachtungen mit. Er fand unter 49 Leistenbrüchen bei Weibern 5 Fälle von innerem Bruche (10,20%), während dieser bei 551 männlichen Leistenbrüchen sich 35mal fand (6,35%). Die Pat. standen in schon etwas vorgerücktem Lebensalter (von 37, 42, 52, 58 und 68 Jahren). Dieselben wurden theils wegen Einklemmung herniotomirt, theils nach Bassini radikal operirt. Wie die kurzen Operationsberichte ergeben, handelte es sich 1mal sicher und 1mal wahrscheinlich um eine Hernie der Fovea inguinalis interna (Hernia int. obliqua), 1mal um eine Hernie der Fovea ing. media (Hernia int. directa); die beiden letzten Fälle sind nicht sicher in dieser Beziehung aufgeklärt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **R. Urbanik.** Über die Resultate der primären Darmresektion bei incarcerirter Hernie.

(Sammlung der zu Ehren weil. Prof. Obaliński's publicirten Arbeiten.)

Auf Grund des durch weil. Obaliński gesammelten Materiales vertritt Verf. den wohl jetzt allgemein acceptirten Grundsatz, dass die primäre Darmresektion bei Brucheinklemmung, falls nicht specielle Kontraindikationen namentlich in dem Kräftezustande des Pat. vorhanden sind, das ideale Verfahren bildet. Obaliński selbst hat die Operation auf Grund dieser Indikationsstellung 37mal ausgeführt (21 Todesfälle). **Trzebicky** (Krakau).

---

12) **C. Beck** (New York). A new operation for inguinal hernia.

(Med. news 1899. September 16.)

Bei einem Kranken, der nach Bassini'scher Radikaloperation ein Recidiv bekam, wandte B. eine eigenartige Weise der Verlagerung

an. Der Schnitt verläuft dem Rande des Rectus entlang und legt das untere Drittel des Muskels frei. Nach Isolirung des Samenstranges und Abtragung des Bruchsackes wird auf der Grenze des unteren Drittels ein Schrägschnitt medianwärts durch den Rectus geführt, der etwa ein Drittel des Muskels durchtrennt. Der abgetrennte Theil des Muskels wird nun so weit isolirt, dass er nach unten geschlagen werden kann. Nachdem der Samenstrang auf den umgeschlagenen Muskellappen gelagert ist, wird letzterer mit dem medialen Rande an die vereinigte Sehne, mit dem lateralen an das Poupart'sche Band geheftet. Es wird so eine sehr kräftige muskuläre hintere Wand geschaffen. Der im Rectus entstehende Defekt wird durch Naht geschlossen.

B. wandte die Methode in 2 Fällen mit Erfolg an.

Strauch (Braunschweig).

---

13) **Coley** (New York). The radical cure of hernia.

(Med. news 1899. September 2.)

C. hat seit 1891 im Ganzen 639 Hernien operirt, mit nur einem Todesfalle. Es handelte sich um 585 Leisten-, 40 Schenkel-, 14 Nabel- und Bauchbrüche. Alle bis auf 60 konnten längere Zeit in Beobachtung gehalten werden. 549 Kranke wurden nach Bassini operirt. Es traten nur 5 Recidive ein. 96% heilten primär. Der eine Todesfall wurde durch doppelseitige Pneumonie bedingt. In der Methode folgt C. der von Bassini angegebenen, nur verwendet er zur Naht Känguruhsehne und legt die erste Naht oberhalb des Samenstranges.

In Bezug auf die Indikationsstellung zur Operation räth Verf., von dem Eingriffe abzusehen bei großen, seit langer Zeit irreponibeln Brüchen nach Ablauf des mittleren Lebensalters, so wie bei allen Kranken jenseits der 60iger Jahre. Kinder operirt Verf. nach Ablauf des 4. Lebensjahres, wenn ein Bruchband längere Zeit ohne Erfolg getragen wurde; ferner bei Komplikation mit Hydrocele und bei allen Schenkelbrüchen.

Bei den Leistenbrüchen der Frauen genügt die Abtragung des Bruchsackes und Vernähung nach Bassini. Eine Verlagerung des runden Bandes ist nicht nothwendig. **Strauch** (Braunschweig).

---

14) **A. Tietze.** Experimentelle Untersuchungen über Netzplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

Die Sicherung und Verstärkung einer gefährdeten Magen-Darmnaht durch herangezogenes Netz hat Verf. so wie andere Chirurgen mehrfach mit günstigem Erfolge angewandt und berichtet nunmehr über experimentelle, die Leistungsfähigkeit des Verfahrens prüfende Untersuchungen. In der ersten Versuchsreihe wurden Hunden derart Nekrosen an Magen- resp. Darmwand beigebracht, dass Stücke der-

selben ausgeschnitten und dann sofort wieder eingepflanzt wurden. Auf die betreffenden Stellen wurde dann Netz mit Knopfnähten aufgenäht. Von 8 derart operirten Thieren starben 2 in Folge technischer Fehler an Perforationsperitonitis, die anderen überlebten und sind nach verschieden langer Zeit getödtet worden. Das Netz erwies sich bei der Sektion mit der Magenwand verheilt und überkleidete den durch die Nekrose entstandenen Defekt. In einem weiteren Versuche wurde der Darm quer durchtrennt, beide Enden mit 4 Knopfnähten an einander befestigt und das Ganze mit Netz eingescheidet. Heilung. Nach 7 Wochen erwies sich die Darmstelle von einer fest mit ihr verbundenen Netzhülle umgeben, die Darmenden waren genau vereinigt. Endlich wiederholte Verf. die von Braun und Bennet am Menschen ausgeführte Verschließung eines Magendefektes durch Netz. Die beiden Versuchsthiere blieben am Leben; die nach 2 Monaten ausgeführte Autopsie ergab eine völlige Einheilung des Netzstückes in den durch Schrumpfung des Netzes stark verkleinerten Defekt. Nach mikroskopischem Befunde vollzieht sich die Einheilung des Netzes bei Nekrosen oder Defekt in der Magenwand derart, dass dasselbe sich reaktionslos an die Magen- und Darmserosa anlegt und mit dieser verschmilzt, dass ferner an Stelle des Defektes eine entzündliche, später narbig schrumpfende Infiltration eintritt, und die dem Mageninnern zugekehrte Netzfläche von den Rändern her mit Epithel bedeckt wird.

Somit sprechen die Experimente durchaus zu Gunsten des Verfahrens. Verf. möchte dasselbe noch besonders für 2 Fälle angewandt wissen, zur Verstärkung der vorderen Blasenwand bei der von Rutkowski und v. Mikulicz'schen Ektopieoperation, dann zur Sicherung von Anastomosennähten in Fällen, wo die Bauchhöhle nicht geschlossen werden soll. Als Nachtheil der Methode wird die Möglichkeit bezeichnet, dass bei nicht ganz aseptischem Wundverlaufe folgenschwere Verklebungen und starke Schrumpfung des infiltrirten Netzes eintreten können.

Honsell (Tübingen).

---

15) **T. Rovsing.** Über Gastroptose und ihre operative Behandlung. (Mit 3 Abbildungen.)

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

R. veröffentlicht 3 Fälle, bei denen er den Zustand meist schweren Leidens, der durch einfache Gastroptose ohne organische Veränderungen am Magen bedingt war, vollkommen geheilt hat. Sein Verfahren ist sehr einfach. Drei Fäden werden je 3mal durch die Serosa des Magens durchgestochen und beiderseits durch die Bauchdecken von innen nach außen durchgeführt. Nach Verschluss der Bauchdecken durch mehretagige Naht werden die 3 durch den Magen gelegten Fäden über Gazebäuschen geknüpft. Das Peritoneum parietale, gegen welches die Magenwand durch die Nähte gehoben wird, muss vorher skarificirt werden, damit auf diese Weise die beabsichtigte Verwachsung erleichtert wird. Verf. ist mit seinen Resultaten sehr

zufrieden gewesen. Da, wie dies ja bekannt ist, die Gastroptose meist auch mit einer Verlagerung resp. abnormen Beweglichkeit anderer Unterleibsorgane verbunden ist, räth R. entweder zu gleicher Zeit oder in einer vorhergehenden Sitzung die Befestigung der Wanderniere durch Nephropexie vorzunehmen. Die Indikation sieht er gegeben durch die Schwere des Leidens, welches mit allen anderen vorausserprobten Mitteln nicht zu beheben war. Eine ganz besonders ausgesprochene Gastroptosekachexie, welchen Ausdruck Verf. selbst wählt, fand er bei einer Pat., welche von 140 Pfund auf 56 Pfund abgemagert war, und bei der die später ausgeführte Sektion als Todesursache nichts als eine Magensenkung ergab, da eine ganz frische Tuberkulose nur als Endleiden aufgefasst werden konnte, welches sich bei der kachektischen Pat. angesiedelt hatte. Für den Erfolg der Gastroptoseoperation ist es wichtig, in geeigneter Weise durch Leibbinde, Vermeiden von Korsett und Schnürbändern, Befestigung der Röcke an Schultertragbändern für Erhaltung des Erfolges und Vermeidung eines Recidives zu sorgen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

16) **L. Heidenhain.** Über Jejunostomie bei Inanition durch Ulcus ventriculi (duodeni) und Folgezustände desselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 616.)

H. empfiehlt die Jejunostomie nach dem Witzel'schen Verfahren als ein Mittel, dem Verhungerungstode nahe Kranke mit Magengeschwür, bei denen eine Gastroenterostomie nicht ausführbar oder riskirbar ist, am Leben zu erhalten. Der Eingriff ist so leicht und sicher, dabei schnell ausführbar und ungefährlich, dass auch die geschwächtesten Pat. ihm gewachsen sein werden. H. hat die Operation mit vorübergehendem Erfolge 2mal gemacht, indess handelte es sich nicht, wie angenommen, um Geschwüre, sondern um einfache Carcinome. Technisch ist hervorzuheben, dass H. die 40 cm unterhalb des Duodenums zur Fistelanlage genommene Jejunumschlinge nicht an der Bauchwand befestigte, sondern sie, nachdem über sie zur Sicherheit nur Netz gelegt war, frei im Bauche liegen ließ. H. glaubt, dass bei solchem Vorgehen nach Entfernung des Gummirohres die Fistel schnell heilen kann, und Schwierigkeiten beim Durchlaufe des Darminhaltes nicht restiren werden. Sollte dennoch eine Stenose entstehen, so wäre sie nicht schwer zu beseitigen.

(Dem Ref. erscheint das Freiliegenlassen der Dünndarmschlinge gewagt. — v. Eiselsberg und Karewski haben bei ihren Jejunostomien bekanntlich auf ihre Fixirung in der Bauchwunde nicht verzichtet.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Croner.** Die Frühdiagnose des Magencarcinoms und ihre Bedeutung für die Therapie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

C. führt aus, dass kein einziges der zahlreichen diagnostischen Hilfsmittel eine sichere Diagnose auf Carcinom gestatte, dass aber

doch die Kombination einer Anzahl von Symptomen meist zur richtigen Diagnose führe; ausnahmsweise könne man so selbst dann zu einer Probelaparotomie veranlasst werden, wenn keine Geschwulst fühlbar sei.

Beherzigenswerth sind die Bemerkungen über den Werth der Gastroenterostomie als Palliativoperation. Für einen Minderbegüterten habe sie nur dann einen Zweck, wenn er durch dieselbe wirklich wieder eine Zeit lang arbeitsfähig wird. Im anderen Falle, wenn sie nur ein verlängertes Siechthum zur Folge hat, bringt man die Familie leicht in Sorgen, ohne dass dem Kranken ein wirklicher Nutzen geschaffen ist. **Haeckel** (Stettin).

---

18) **L. N. Warnek** und **P. E. Kisselew.** Ergebnisse der Nachprüfungsexperimente, betreffend das neue einfache Verfahren der Gastroenterostomie von Prof. Podres.

(Chirurgie Bd. V. p. 106. [Russisch.])

Podres hat zur Gastroenterostomie die einfache Vereinigung durch eine tiefgehende Kreuznaht empfohlen und auch einen Kranken so operirt. W. und K. haben nun auf Anregung Prof. Diakonow's an 6 Hunden das Verfahren nachgeprüft und sind zu wenig befriedigenden Resultaten gekommen; denn nicht in einem einzigen Falle gelang es ihnen, eine Kommunikation zwischen Magen und Darm herzustellen. Die im Innern der genannten Organe durchgreifenden Nähte schnitten zwar durch, aber die entzündeten Wundränder heilten wieder zusammen. Die Autoren weisen darauf hin, dass auch sonst, z. B. bei Gallenblasen-, Harnblasen- etc. Operationen, Nähte durchschneiden, dass aber dann zum Glück nicht gleich eine offene Verbindung der betreffenden Hohlorgane stattfindet. Sie führen aus, dass sie ihre Versuche genau nach Podres angestellt hätten und warnen vor der von ihm empfohlenen Operation. Dem gegenüber polemisirt Podres im Wratsch und tadelt das Verfahren der beiden Experimentatoren, die u. A. nicht, wie er es gethan, erst den Pylorus vollständig abgeschlossen, sondern nur verengt hätten. Dies sei aber, wie sie erwidern, desswegen geschehen, um Verhältnisse zu gewinnen, die den gewöhnlich beim Menschen vorkommenden ähnlich wären. Auch hätte schon ein einziger Misserfolg Bedenken erregen müssen, um so mehr das regelmäßige Misslingen in allen ihren Experimentalfällen. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

19) **W. Zoege v. Manteuffel.** Volvulus coeci.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 260. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Die von Verf. auf dem 1898er Deutschen Chirurgenkongress über das Zustandekommen und die Formen der Achsendrehungen des Blinddarmes vorgetragenen Anschauungen (s. Referat in d. Bl. 1898 Beil. zu No. 26 p. 142) finden in der vorliegenden Abhandlung, in welcher

Z. v. M. außer seinen früheren auch die von ihm seitdem beobachteten Fälle eingehend mittheilt, ihre weitere Bestätigung. Unter den im Ganzen 8 Fällen handelt es sich 2mal um Strangulationsileus des Blinddarmes, die beide nach Resektion des brandigen Darmstückes und seitlicher Anastomosenbildung zur Heilung kamen, und 6mal um Obturationsileus, von welchen Fällen 4 nach der Operation gestorben, 2 durch dieselbe gerettet worden sind. (In einem derselben bestand allerdings nicht ein Obturationsileus des Blinddarmes, sondern ein solcher des Duodenums, durch Drehung eines Mesenterium commune duodeno-jejuno-ileo-coeci.) Auch die in der Litteratur beschriebenen 10 Fälle, in welchen gegenüber unklar gebliebenen anderen die Form der Achsendrehung des Blinddarmes sicher festgestellt ward, werden vom Verf. verwerthet und sodann die klinischen Symptome der beiden Arten des Volvulus coeci ausführlich besprochen. Bei dem Strangulationsileus, d. h. der durch Drehung um die Mesenterialachse hervorgerufenen Blinddarmverschließung, ist der Beginn stets plötzlich und stürmisch, sind frühere Attacken selten, während bei dem durch Drehung um die Darmachse sich entwickelnden Obturationsileus, der zwar auch akut einsetzt, Anfälle leichterer Natur fast immer vorausgegangen sind. Bei der Diagnose ist für beide Formen der Nachweis eines lokalen Meteorismus ohne Peristaltik bei der ersteren, mit erhaltener oder vermehrter bei der letzteren Form von größter Bedeutung. Findet sich bei bestehenden Erscheinungen des Darmverschlusses über dem Nabel eine geblähte Darmschlinge, die keine Peristaltik zeigt, so kann man sie mit größter Wahrscheinlichkeit als den verlagerten, um sein Mesenterium gedrehten Blinddarm ansprechen, da in dem so reich mit Gefäßen versorgten Quercolon die Peristaltik nicht akut erlöschen kann. Anders, wenn die Geschwulst an beliebiger Stelle des Leibes sich findet. Hier ist aus der Lage kein Schluss zu ziehen, indem Dünndarmvolvuli ähnliche Geschwülste bilden, kommen aber die allgemeinen Erscheinungen des Dickdarmverschlusses, der zu langsamerer Auftreibung des Leibes, später zu Erbrechen führt und weniger stürmisch verläuft als der des Dünndarmes, zu Hilfe. Ein Volvulus des S romanum lässt sich durch die bei letzterem fehlende Möglichkeit, Klystiere und die Darmsonde einzubringen, ausschließen.

Von großer Wichtigkeit ist bei beiden Formen des Volvulus coeci die rechtzeitige Vornahme der Operation, indem auch bei dem Obturationsileus mit seinem weniger schwer erscheinenden Krankheitsbilde Verschiebung des Eingriffes sich bitter rächt. Sind doch unter 11 operativ behandelten Fällen des letzteren 6 tödlich verlaufen, während von 6 bei Strangulationsileus, die wegen der außerordentlichen Schwere der Erscheinungen rascher operirt wurden, nur ein einziger gestorben ist! Eindringlich warnt Verf. davor, Opiate, die das Krankheitsbild durch die ihnen folgende Darmlähmung nur verwischen, zu verabfolgen. Die frühe Operation kann allein helfen; sie hat für Beseitigung des Volvulus und für rasche Entleerung des Blinddarmes von seinem

faulenden Inhalte zu sorgen. In letzterer Beziehung empfiehlt Z. v. M., bei offener Bauchhöhle ein Darmrohr einzuführen und es vom Bauche her bis ins Colon transversum hinüber zu leiten. Lässt sich auf diese Weise der Blinddarm nicht entleeren oder bleibt er gelähmt oder ödematös, dann ist er zu reseciren, und ev. danach eine Enteroanastomose herzustellen, von einer Punktion aber Abstand zu nehmen, die nicht ungefährlich ist und nicht ausreichend genug wirkt. Besitzt er seine volle vitale Elasticität, so ist er an normaler Stelle mit einigen Nähten zu fixiren.

Kramer (Glogau).

20) A. Machard. Exstirpation du coecum.

Inaug.-Diss., Genf, 1899. 168 S.

Eine fleißige Arbeit. Verf. stellt 145 Fälle von totaler Exstirpation des Blinddarmes aus verschiedenen Indikationen zusammen und referirt die betreffenden Krankengeschichten mehr oder weniger ausführlich. — Nachdem die Vorbereitungen des Kranken und die technische Ausführung der Operation abgehandelt sind, werden die verschiedenen Methoden der Wiedervereinigung des Darmes nach der technischen Seite wie nach ihrem Werthe ausführlicher besprochen. Es folgt eine Besprechung der anderen Verfahren, die bei der Behandlung der chronischen Blinddarmerkrankungen, so weit sie zum operativen Eingriffe Veranlassung geben, mit der totalen Exstirpation in Konkurrenz treten können: partielle Exstirpation, Kunstafter, Entroanastomose nach Maisonneuve, komplete Ausschaltung mit partieller oder totaler Occlusion; ferner Bericht über die bisher bekannt gewordenen bezügl. Fälle und Vergleichung der Resultate mit denen der Exstirpation. Die deutsche Litteratur ist eingehend berücksichtigt. Eine Tabelle über die Resultate der Blinddarmexstirpation nach den verschiedenen Methoden der Vereinigung des Darmes und über diejenigen der oben erwähnten anderweitigen Verfahren, so wie eine solche über die Resultate der Exstirpation bei den verschiedenen sie veranlassenden Erkrankungen müssen im Originale eingesehen werden; erwähnt sei nur, dass laut Verf.'s Zusammenstellung die Tuberkulose mehr Recidive ergab als das Carcinom. — Den letzten Theil bildet eine Schilderung des Verlaufes der verschiedenen Affektionen, der Diagnose und Differentialdiagnose. Die Arbeit bringt nichts Neues, ist aber recht interessant und lesenswerth.

H. Lindner (Berlin).

21) L. Concetti (Rom). Über einige angeborene, bei Kindern die habituellle Verstopfung hervorrufende Missbildungen des Colon.

(Archiv für Kinderheilkunde 1899. Hft. 5 u. 6.)

Verf. unterscheidet 3 Arten angeborener Anomalien.

1) Allgemeine Verlängerung des Colon mit entsprechend vermehrter Schlingenbildung (Bourcart, Marfan).



2) Angeborene Vergrößerung des inneren Durchmessers und Verdickung der Wandung des ganzen Colon (sog. Hirschsprung'sche Krankheit).

3) Partielle Ektasien.

Die meiste Berücksichtigung erfährt die 2. Form, doch hat Verf. bei der ziemlich vollständigen Litteraturzusammenstellung gerade ein wesentliches Symptom der sog. »angeborenen Hypertrophie und Dilatation des Colon« nicht berücksichtigt, nämlich die Verhaltung der Winde, die bei Einführen einer Sonde unter hohem Drucke entweichen. Es liegt daher nahe, dass, wie Rosa (Verhandlungen des 4. Chirurgenkongresses) in seinen Fällen nachgewiesen, primär oder sekundär eine Knickung des S romanum gegen den Mastdarm erfolgt. Ref. konnte in seinem Falle (Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V p. 176) mit dem Finger die Knickungsstelle passiren. Therapeutisch ist dieser Punkt aber wichtig, weil durch permanente Drainage des erweiterten Darmtheiles durch den After die chronische, meist zum Tode führende Blähung des Colon verhindert werden kann. Ref. hält die Ansicht Rosa's, dass die Knickung die primäre Missbildung darstellt, für die wahrscheinlichere.

Fr. Göppert (Kattowitz).

---

22) **J. Boas** und **F. Karewski.** Die Behandlung der Hämorrhoiden.

(Therapie der Gegenwart 1899. Oktober.)

1) Interne Behandlung (B.).

Die Stärke und zugleich die Grenze der inneren Therapie sieht B. in der ursächlichen Behandlung des Hämorrhoidalleidens, in der Beseitigung der habituellen Verstopfung durch konsequent durchgeführte, diätetische Behandlung (Anregung der Darmperistaltik); daneben müssen die allgemeinen Grundsätze der Hygiene (Körperbewegung, Reinhaltung des Afters) befolgt werden.

Die »Abführmitteltherapie«, die den Kranken zwischen unvollständiger oder übermäßiger Defäkation balanciren lässt, ist ein ungeeignetes Verfahren; »nothgedrungen« soll sie event. in Verbindung mit der Bauchmassage, in späteren Stadien des Leidens, zur Anwendung kommen, aber nur in Gestalt »reizloser« Mittel (Rhabarber, Magnesiumpräparate etc).

Die interne Therapie kann die Hämorrhoiden nur in der ersten Entwicklung beseitigen; in vorgeschritteneren Stadien oder bei Komplikationen soll die chirurgische Behandlung in ihr Recht treten.

2) Chirurgische Behandlung (K.).

Als »Radikaloperationen« werden das Abbrennen der Hämorrhoiden und die sich in Deutschland einer steigenden Beliebtheit erfreuende Exstirpation hervorgehoben. Die »amerikanische« Methode, die Injektion hochprocentiger Lösungen (Karbolsäure, Jodoformäther), eben so die in Frankreich beliebte Dilatation der Sphinkteren werden als unsicher bezeichnet.

Der abfälligen Kritik K.'s über die »Ligatur« der Knoten, die »etwas antiquirte Art, Geschwulstbildungen auszurotten«, kann Ref. nach den in jeder Hinsicht günstigen Erfolgen in der Straßburger Klinik nicht zustimmen. Das Fortfallen einer Wundfläche, die Schnelligkeit der Heilung (meist nach 2—3 Wochen) und die Sicherheit vor späterer Stenose sind die großen Vorzüge der Unterbindung, die Prof. Madelung als »Normalverfahren« (nicht nur bei »einzelnen, mehr polypösen Knoten«) seit 1874 anwendet. K. glaubt gegen sie anführen zu müssen, dass ein Autor (Matthews) bei 1000 Ligaturen 2mal (!) schwere Nachblutungen erlebt hätte.

Gross (Straßburg i/E.).

---

23) K. Ludloff. Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Die Lehren von der Pathogenese des Mastdarmvorfalles, wie sie besonders seit der bekannten Arbeit von v. Esmarch bestehen, bedurften namentlich auch auf Grund mancherlei bedeutsamer Erfahrungen einer genaueren Untersuchung und in mannigfacher Hinsicht einer wesentlichen Abänderung. Es ist das Verdienst des Verf., die Litteratur bezüglich mancher falschen Auffassung der in ihr niedergelegten Beobachtungen aufs Neue durchstudirt und sie zu gleicher Zeit durch 13 von v. Eiselsberg operirte Fälle bereichert zu haben. Bei seinen Untersuchungen unterstützten ihn besonders auch die von Waldeyer gegebenen Veröffentlichungen über die Eintheilung und Befestigungen des Mastdarmes, wie auch dessen Auffassung des Mastdarmvorfalles als einer Hernie. Jedenfalls sind die früheren Ansichten über die Entstehung des Prolapsus recti unhaltbar, so fern sie dieses Leiden auf Basis eines Aftervorfalles entstehen lassen, welcher seinerseits wieder durch eine Zugwirkung den Mastdarmvorfall verschulden soll. Schon Jeannel hat im Gegensatze zu Anderen, vornehmlich v. Esmarch und Fischl, gar kein Gewicht auf bestehende Katarrhe des Mastdarmes gelegt, welche als häufigste Entstehungsursache angesehen wurden. Die Wirkung der Bauchpresse ist nach L.'s Ansicht so zu deuten, dass sie die normal vorhandene Excavatio recto-vesicalis resp. recto-vaginalis vorstülpt. Diese zieht nun ihrerseits die Vorderwand der Pars pelvina recti nach unten. Es entsteht also zuerst eine Hernia perinealis und diese veranlasst sekundär den Prolapsus recti, nachdem die Muskulatur des Mastdarmes erschlafft ist, seine Befestigungen gelockert sind. Die vordere Wand des Mastdarmes bildet demnach den Bruchsack dieses Dammbruches. Aber die Vorderwand kann nach des Verf. Ansicht nicht herabgezogen werden, ohne dass ein Vorfall des ganzen Darmstückes entsteht, dessen Befestigung am Kreuzbein ja eine sehr lockere ist. Der Prolapsus ani, recti et ani und coli invaginati sind nach L. 3 ganz verschiedenartige Processe von auch verschiedenartiger Ätiologie. Der erste ist als Schleimhautektropium aufzufassen, der zweite stellt eine Hernie dar, der dritte

ist in seinem akuten Verlaufe und seinem ganzen klinischen Bilde nach eine echte Intussusception. Die früher als maßgebend hingestellten ätiologischen Momente, wie Verstopfung, Diarrhöe, Phimose, Blasenstein, Pertussis etc., lassen sich auch mit dieser modernen Auffassungsweise des Mastdarmvorfalles vereinbaren. Übrigens konnte Verf. das Leiden nicht besonders häufig im Greisenalter finden, was bisher angenommen wurde.

Die für die Heilung des Mastdarmvorfalles angegebene Therapie ist eine sehr verschiedenartige. Am meisten gebräuchlich ist die von v. Mikulicz angegebene, von Vielen unbedeutend modificirte Resektion des Vorfalles. Trotz der vielfach guten Erfolge hat sie mancherlei Missstände. Die Gefahr eines Recidives, des Aufgehens der Nähte, Strikturen an der Nahtstelle, ferner besonders der tiefe Stand der neuen Peritonealtasche haben es wünschenswerth gemacht, dass wir noch über andere Methoden verfügen. Von diesen empfiehlt L. am meisten die Colopexie d. h. die Anheftung der Flexur an die Bauchwand mit oder ohne Benutzung des Mesocolons. Auch sie kann natürlich zu Recidiven führen, doch verspricht sich Verf. von einer Kombination dieses Verfahrens mit der Massage nach Thure Brandt günstige Resultate, welche noch fernerhin zu erproben sind. Eine beachtenswerthe Modifikation, Durchtrennung der Flexur, Einpflanzung des proximalen Endes in den peripheren Theil, Einnähen des letzteren geschlossenen in die Bauchdecken hat Verf. nur an Hunden probirt. Übrigens ist die Massage an sich schon ein Verfahren, das oft zum Ziele geführt hat. Die Rectopexie, Rectoperineorrhaphie und alle anderen Methoden, welche in der Umgebung des Afterabschnittes angreifen, hält L. für verfehlt, weil sie von falschen Voraussetzungen über die Ätiologie des Mastdarmvorfalles ausgehen. Beim Prolapsus ani ist vor Allem Kauterisation oder die Abtragung der Schleimhaut nach Treves zu empfehlen. Der Prolapsus coli invaginati ist nach denselben Methoden wie jede andere Invagination zu operiren. Die Resektion des Mastdarmvorfalles ist für die Fälle zu reserviren, welche incarcerirte, gangränöse, irreponible und exulcerirte Vorfälle betreffen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

24) **N. Senn.** Excision of high rectal carcinoma without sacral resection.

(Philadelphia med. journ. 1899.)

S., der bisher die Kraske'sche Methode der sacralen Resektion (in 25—30 Fällen) anwandte, kommt auf Grund dieser Erfahrung zu der Überzeugung, dass die sacrale Resektion nicht nur unnöthig, sondern direkt schädlich sei, da der Nutzen in keinem Verhältnisse zur Schwere des Eingriffes steht. Er hofft, dass die Kraske'sche Methode, in Amerika wenigstens, verlassen wird; denn er ist überzeugt, dass alle operablen Mastdarmgeschwülste ohne Resektion des Kreuzbeines entfernt werden können. Bei Geschwülsten unterhalb des Bauchfellumschlages ist sogar die Resektion des Steißbeines oft

zu vermeiden, die S. aber bei hochsitzenden Geschwülsten für ausreichend hält neben ausgiebigem Zugange zur Bauchhöhle. Als nicht mehr für diese Methode geeignet sieht Verf. die Fälle an, wo die Geschwulst jenseits des Bereiches des Zeigefingers hinaufreicht, wo retroperitoneale Drüsen und das pararectale Gewebe ergriffen sind.

Es folgt die ausführliche Krankengeschichte der beiden Fälle (Frauen), die von ihm auf diese Weise operirt wurden. In dem 1. Falle von tiefsitzendem Carcinom wurde der Mastdarm nach Resektion des Steißbeines in einer Ausdehnung von $5^1/_2$ Zoll (engl.) einschließlich der Sphinkteren entfernt; da aber das proximale Ende nicht bis zum After herabzubringen war, Anlegung eines Sacralafters. Auch im 2. Falle gelang es S., mit der Steißbeinresektion allein auszukommen. Die hochsitzende Neubildung erlaubte die Sphinkteren zu erhalten, so dass die vorderen 2 Drittel des proximalen und distalen Endes vereinigt werden konnten. Gutes Endresultat.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

25) **P. Delbet.** Kyste hydatique du foie traité par le capitonnage et la suture sans drainage.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 30.)

26) Derselbe. Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydatiques du foie.

(Ibid. p. 97.)

Das Verfahren D.'s besteht darin, dass er den Echinococcussack breit incidirt, vollständig von Tochter- und Mutterblasen entleert, ihn austrocknet, den überschüssigen Theil der Wand resecirt, die Reste der rückbleibenden Wandungen durch einige Katgutknopfnähte auf einander näht (capitonnage), dann den Sack durch überwendliche Katgutnaht vollständig verschließt, ihn in die Bauchhöhle versenkt und die Bauchwunde sogleich vollständig etagenförmig vernäht. Von jeder Spülung, Desinfektion oder Drainage wird Abstand genommen. Sämmtliche 6 derart von D. operirte Pat. sind vollständig geheilt, die ersten 5 ohne jede Störung; bei der letztoperirten Kranken kam es zu einem Aufplatzen der Bauchwunde; eine sekundäre Naht hielt nicht; die Heilung erfolgte per secundam.

D. empfiehlt sein Verfahren nicht nur für Ausnahmefälle, sondern als Methode der Wahl gegenüber der meist üblichen Einnähung der Cyste in die Bauchwunde. Der letzteren Methode wirft er vor: lange Dauer der Heilung, häufiges Rückbleiben von Fisteln, mit zuweilen profusem Gallenflusse, Gefahr von Bauchbrüchen in der Narbe. Von 8 von ihm früher nach diesem Verfahren operirten Pat. heilte nur einer glatt; ein zweiter starb 2 Monate nach der Operation an Lungentuberkulose, fällt also für Beurtheilung der Frage aus. 3 Pat. heilten nach mindestens 3monatlichem Bestehen einer Fistel, bekamen aber sämmtlich Bauchbrüche in der Narbe; bei einer 6. Pat. heilte die Fistel, brach aber später wieder auf; die 7. und 8.

behielten Fisteln, und zwar starb die eine nach $2^3/_4$ Jahren an Lungentuberkulose, auf deren Entwicklung die langdauernde Eiterung gewiss nicht ohne schädigenden Einfluss war. — Den Einwand Segond's, dass die totale Vernähung der Cyste bei Eintritt von Gallenfluss große Gefahr in sich schließe, hält D. für unbegründet. Primäre Cholerrhagie in Folge Bestehens einer Fistel zwischen Gallenwegen und Cystensack schon zur Zeit der Operation betrachtete er zwar früher selbst als Kontraindikation, jetzt aber nicht mehr, seitdem es ihm in einem Falle gelungen war, die Fistelöffnung nach breiter Spaltung des Sackes dem Auge sichtbar zu machen, durch 3 Katgutnähte zu verschließen, und nun durch seine Methode der Capitonnage völlige rasche Heilung zu erzielen. Sekundär komme es aber zum Gallenflusse nur durch Abstoßen der den Sack auskleidenden Bindegewebsmembran in Folge leichter Infektion; einer solchen Komplikation beuge sein Verfahren aber gerade vor. Um jede stärkere Sekretion der Cystenwand zu vermeiden, verwirft D. auch jede Desinfektion, so wie ein Abschaben mit dem Löffel; letzteres disponire zu Blutungen. Kontraindikationen seines Verfahrens sind ihm nur: Eiterung und eine derartig ausgedehnte Verkalkung der Cystenwand, dass ein Aneinanderlegen der Wandungen unmöglich ist; bei noch in der Weiterentwicklung begriffenen Echinokokken kommt eine so weitgehende Inkrustation aber seiner Ansicht nach nicht vor; eine geringe bildet kein Hindernis.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

27) **Habs.** Abdomen obstipum (angeborene Verkürzung des Musculus rectus abdominis).

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

An Stelle des linken Rectus abdominis war bei einem 5 Monate alten Mädchen eine derbe, knochenharte Masse zu fühlen als Rest des stark verkürzten Muskels. Der Processus xyphoideus war der Symphyse auf wenige Centimeter genähert. Die seitlichen Bauchpartien traten »ballonartig« hervor, die Wirbelsäule war verkrümmt, der Mastdarm vorgefallen. Die Verkürzung wurde beseitigt durch Totalexstirpation des linken narbig degenerirten Rectus und durch offene Tenotomie des rechten Rectus. Es trat Heilung ein. **J. Riedinger** (Würzburg).

28) **Tuffier.** Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 271.)

Die 19jährige, im 3. Monat schwangere Pat. hatte sich unterhalb des linken Rippenbogens einen Revolverschuss beigebracht. T. schritt auf Grund der Diagnose »perforirender Bauchschuss« trotz Fehlens alarmirender Erscheinungen $1^3/_4$ Stunde nach der Verletzung zur Laparotomie in der Medianlinie. Er fand den Dünndarm an 8 Stellen perforirt; doch schien kein Koth in die Bauchhöhle ausgetreten zu sein; Pat. hatte seit 2 Tagen nichts gegessen; die Dünndarmschlingen waren vollkommen leer. Naht der Darmwunden. Reposition. Bauchnaht. Verlauf zunächst ohne Störung; doch in der 3. Woche abortirte die Kranke. Darauf Genesung.

Reichel (Chemnitz).

29) P. Reynier et Thierry. Plaie pénétrante de l'abdomen. Issue d'un mètre cinquante d'intestin grêle. Perforations multiples de l'anse herniée. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 231.)

Pat. war durch mehrere Messerstiche in Rücken- und Lendengegend verletzt worden. Aus einer 10—12 cm langen Wunde der linken Lendengegend war eine $1^1/_2$ m lange Dünndarmschlinge vorgefallen, die an 2 Stellen zur Hälfte durchschnitten, an 3 anderen durchbohrt war. Naht der Wunden, Abwaschen mit gekochtem Wasser, Reposition des Darmes, Bauchnaht mit Drainage durch sterile Gaze brachte Heilung. Der Verlauf war nur am 1. Tage durch Fieber und leichte peritonitische Symptome gestört.

Reichel (Chemnitz).

30) F. Hahn. Zwei Fälle von Verletzungen des Magen-Darmtractus. (Aus der chir. Abtheilung des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 33.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine penetrirende Stichverletzung der Vorderwand des Magens hoch oben im Fundus, die der 18jährige Pat. nach einer sehr reichlichen Abendmahlzeit erlitten hatte. Bei der nach einer Magenspülung sofort mit großen Schnitten ausgeführten Laparotomie fanden sich enorme Massen von Mageninhalt in der Bauchhöhle, besonders im linken subphrenischen Raume; die Reinigung wurde durch Austupfen mit feuchten Kompressen vorgenommen, was viel Zeit erforderte, die Magenwunde mit mehreren Nahtreihen verschlossen. Während der ersten folgenden Wochen peritonitische Erscheinungen, schließlich das Bild des Ileus, der durch Lähmung der einem — oberhalb der Flexura coli sin. in Verwachsungen gelegenen — Abscess benachbarten Dickdarmpartie bedingt war; Entleerung des Eiterherdes, Punktion und Incision der stark aufgeblähten Därme an einigen Stellen mit nachfolgender Naht. Weiterer Verlauf günstig; Heilung.

Der 2. Fall betraf einen bald nach einem Hufschlage gegen den Bauch dem Krankenhause zugebrachten Pat., der über heftige Schmerzen im Leibe klagte. Diese, das Bestehen einer Dämpfung, die rasche Zunahme derselben, der Nachweis brettharter Kontraktur und Spannung der Bauchmuskulatur, so wie der schnelle Verfall des Pat. veranlasste ca. 3 Stunden nach dem Unfalle die Laparotomie, welche einen 4 cm langen Schrägriss am Dünndarme mit Schleimhautvorfall aufdeckte. Bauchhöhle stark mit Darminhalt verunreinigt. Naht des Risses, Säuberung, Tamponade etc. Gutes Befinden vom 2. Tage ab; Opiate vermieden. Heilung.

Kramer (Glogau).

31) Pech (Lunéville). Contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1899. September.)

32) Demandre (Briançon). Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet; perforation intestinale secondaire; mort le 10. jour.

(Ibid.)

P. opponirt gegen die auf den Kongressen französischer Chirurgen 1897 und 1898 zur Geltung gekommene Ansicht, dass die einzig rationelle Behandlung der Unterleibskontusion die alsbaldige Eröffnung der Bauchhöhle sei, selbst bei Abwesenheit jedes Zeichens einer schweren Verletzung. Die Heilung ohne Operation sei vielmehr die Regel, wie das eine Reihe von 19 Fällen beweise, welche P. selbst in Lunéville beobachtet hat. In dieser Reihe sind alle Fälle von Unterleibsquetschung zusammengestellt, welche innerhalb der Zeit vom 1. Januar 1897 bis zum 1. März 1899 vorgekommen sind. Von den 19 Verletzten genasen 18 ohne Operation, nur bei 1 drängten die Symptome zur Ausführung einer Operation. Es fand sich bei dieser, welche etwa $3^1/_2$ Stunde nach Verletzung gemacht wurde, er-

hebliche Blutung aus einem Risse in der Leber und einem anderen in dem Zwölffingerdarme, Austritt von flüssigem Darminhalte und Darmgasen. Beide Risse wurden vernäht, die Bauchhöhle ausgespült und ausgewischt, Schluss der Bauchwunde. Obgleich sich die Haltbarkeit der Nähte bei der späteren Sektion als vollkommen herausstellte, erfolgte dennoch etwa 19 Stunden nach der Verletzung der Tod; es fanden sich leichte Verwachsungen mit der Bauchwunde und Ansammlung von 300 ccm hellrother, etwas kothig riechender Flüssigkeit; eine Stelle des Leberrisses hatte weiter geblutet.

Um der Frage noch weiter näher zu treten, hat nun P. auch die Fälle von Unterleibsquetschung zusammengestellt, welche im Zeitraume vom Januar 1890 bis zum Januar 1897 in der Garnison zur Beobachtung gekommen sind. Er fand 52 Fälle mit 51 Heilungen und 1 Tod. Der tödliche Ausgang trat im Jahre 1891 ohne Operation an Peritonitis nach Perforation des Jejunums ein. So hat also P. im Ganzen 67 Verletzungen mit 2 tödlichen Ausgängen, d. h. mit einer Sterblichkeit von nicht ganz 3% und glaubt damit die Anschauung der unbedingten Indikation des Bauchschnittes bei der Kontusion des Unterleibes als falsch erwiesen zu haben; wo so viele Fälle nur leichter Art sind, kann eine so schwere Operation nicht unterschiedslos gerechtfertigt sein. —

In der Abhandlung D.'s wird ein Fall beschrieben, in welchem durch den Hufschlag 5 Darmschlingen gegen die Wirbelsäule gequetscht wurden, und dann sekundär sich Perforationen und Peritonitis ausbildeten; eine Operation war nicht gemacht worden, da anfänglich bedrohliche Erscheinungen fehlten, später aber die Aussichten zu schlecht waren. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

33) **Walther.** Appendicite kystique de volume anormal.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 297.)

In dem von W. mit Erfolg operirten Falle war der Wurmfortsatz in eine Cyste von 8 cm Länge, 3 cm Durchmesser und 9 cm Umfang umgewandelt und 1 cm von seinem Ursprunge aus dem Blinddarme verschlossen. Der kurze Stiel hatte normales Volumen. Über den Inhalt der Cyste findet sich keine Angabe. Die Pat. hatte einige leichte Anfälle von Appendicitis durchgemacht.

Reichel (Chemnitz).

34) **Quénu.** Appendicite aiguë perforante. Opération vingt-deux heures après le début. Exstirpation de l'appendice. Guérison.

Ibid.

Q. ist ein eifriger Verfechter der Frühoperation bei Epityphlitis und sieht in dem mitgetheilten Falle einen Beweis für die Berechtigung derselben. Der 18jährige Pat. war zum 1. Male an Epityphlitis erkrankt. Die am Tage des Anfalles auf 39,5° gestiegene Temperatur war bis zum Morgen des folgenden auf 38,5° abgefallen, der Puls hatte sich gebessert. Gleichwohl schritt Q. alsbald, 22 Stunden nach Beginn des Leidens, zur Laparotomie. Er fand den Wurmfortsatz weder mit der Bauchwand noch dem Netze verwachsen, sondern mit seinem Ende an den Blinddarm geheftet, von einigen Fibrinmembranen umgeben. Zwischen Wurmfortsatz und Blinddarm war etwas Eiter abgekapselt, der Wurmfortsatz selbst perforirt. Resektion des Wurmfortsatzes, Übernähung des Stumpfes mit Serosa. Drainrohr. Bauchnaht. Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

35) **W. Meyer.** Über zwei Fälle von Darmeinklemmung in noch nicht beschriebenen Bauchfelltaschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 547.)

Die beiden Fälle, Männer von 48 bez. 22 Jahren betreffend, gelangten wegen seit Kurzem eingetretener heftiger innerer Einklemmung im städtischen Krankenhause zu Hildesheim zur Operation durch Oberarzt Becker, wobei beide Male die darmhaltende Peritonealtasche leicht gefunden und der Darm befreit werden konnte; doch starb der 1. Pat. sofort nach der Operation im Collaps, während der 2. genas. Der Sitz der Tasche war beide Male so ziemlich derselbe, nämlich

in der rechten Seite der unteren Bauchhöhlenhälfte, an deren Hinterwand zwischen Blinddarm und Wirbelsäule, so dass ihr Zugang nach oben offen war und ihr Beutel sich nach unten gegen das kleine Becken zu erstreckte. In Fall 1 saß die ganze Bruchsacktasche hinter dem hinteren Bauchfellblatte, also ganz retroperitoneal, in Fall 2 war zwischen ihrer Hinterwand und der hinteren Bauchwand die Hand durchführbar. Die Tasche des Falles 2 war also intraperitoneal, doch wird man annehmen müssen, dass sie ursprünglich ebenfalls retroperitoneal gewesen ist und nur durch allmähliches Auszerren des Peritonealblattes zu einem selbständigeren Beutel mit eigenen, freien Wänden geworden ist. Die anatomischen Einzelheiten des Befundes müssen in der Originalbeschreibung nachgelesen werden, welche auch 3 schematische, aber ganz anschauliche Abbildungen bietet. M. hält dafür, dass in beiden Beobachtungen Fälle einer abnorm entwickelten Hernia parajejunalis vorgelegen haben. In Fall 1, der zur Sektion kam, zeigte sich, dass der Anfangstheil des Dünndarmes der Bauchwand fest adhärent war, dass ferner der Blinddarm abnorm hoch lag, und dass in Folge dessen die Mesenterialwurzel in querer Richtung verlief. Das häufige Eintreten von Darm in einen als gegeben anzunehmenden Brösike'schen Recessus parajejunalis s. mesenterico-parietalis führte nun zur Ausweitung der Tasche, aber nicht, wie gewöhnlich, nach hinten rechts, sondern mehr nach unten hin. In Fall 1 fand sich auch eine Dystopie (Tiefstand) der rechten Niere. Fall 2 ist, da seine Verhältnisse nur während der Operation beobachtet sind, weniger exakt aufgeklärt, dafür durch seinen therapeutischen Erfolg bemerkenswerth. Da nach Befreiung des Darmes die Bauchfelltasche excidirt wurde, ist der Eingriff als eine Radikaloperation zu bezeichnen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **D. Bajardi** (Firenze). Ernie dei bambini curate radicalmente.

(Clinica chirurgica 1898. No. 7.)

B. hat innerhalb 7 Jahren an 64 Kindern (58 Knaben, 6 Mädchen) 73 Leisten- und 2 Nabelbrüche der Radikalheilung zugeführt. Dem Alter nach gruppirten sich die Fälle folgendermaßen:

Im 1.	Lebensjahre	10	Pat.
2.	»	22	»
3.	»	7	»
4.	»	7	»
5.	»	6	»
6.	»	1	»
7.	»	6	»
8.	»	4	»
9.	»	1	»

55mal war der Leistenbruch reponibel, 18mal nicht; 38 Brüche waren rechtsseitig, 19 linksseitig, 8 beidseitig. 23 waren bei der Geburt bemerkt worden, 25 während der ersten 5 Monate, 8 im 2. Halbjahre, 14 nach dem 1. Lebensjahre. In einigen Fällen konnte ein unmittelbar vorangegangenes Trauma beschuldigt werden (Fall, Steinwurf, Fußstoß), in 5 Fällen Keuchhusten. Erblichkeit trifft in 23 Fällen bestimmt zu. — Den Inhalt bildete in

45 Fällen bloß Dünndarm,
10 » Netz und Dünndarm,
7 » bloß Netz,
7 » Blinddarm allein oder mit anderen Därmen,
je 1 Fall Wurmfortsatz allein und mit Dünndarm.

Nur in 2 Fällen war der Sack leer.

Bemerkenswerth erscheint es, wie häufig der Blinddarm im Bruche enthalten ist (9,5%). In 1 Falle erschien er im linken Bruche, mit einem abnorm langen Mesocoecum und Mesocolon des Ascendens. — Zuerst bei einem Kinde hat B. auch eine Hernia inguino-properitonealis beobachtet (9monatlicher Knabe). — In 4 Fällen bestand Tuberkulose des Bruchsackes, anscheinend primär im Brucksacke,

denn auf dem übrigen Bauchfelle waren keine Anzeichen von Tuberkulose nachzuweisen.

Die Indikationen zur Operation weichen nicht von den allgemein aufgestellten ab: Unmöglichkeit der Zurückführung oder Zurückhaltung des Bruches, Wachsen trotz des Bruchbandes, Ectopia testis.

In Bezug auf die Methode hält B. sich möglichst genau an Bassini's Vorschriften. Kleinere Abweichungen müssen sich naturgemäß aus den individuellen anatomischen Verhältnissen ergeben. In jedem Falle wurde aber der Bruchsack eröffnet und auf Verwachsungen etc. untersucht.

Der allgemeinen Anästhesie glaubt B. nicht entrathen zu können. Kinder sind, auch wenn sie keine Schmerzen empfinden, nicht ruhig zu halten.

70 der 73 Fälle heilten p. prim. intent., 3 p. sec. intent. Keines der Kinder trug späterhin ein Bruchband. Von den Späterfolgen ließ sich konstatiren: 5 Kinder starben an interkurrenten Erkrankungen, hiervon 2 Recidive der Hernie 1 Jahr und 4 Monate nach der Operation (Lungenerkrankungen, Husten). Ferner 1 Recidiv bei doppelseitigem Bruche, 14 unauffindbare Fälle. Es bleiben 47 sichere Heilungen.

Die angefügten Krankengeschichten sind sehr ausführlich. Sie enthalten auch die oben erwähnten 2 Nabelhernien (Methode Condamin).

J. Sternberg (Wien).

37) **Trofimow.** Über die Behandlung der Brüche.

(Chirurgia Bd. V. p. 179—242. [Russisch.])

T. hat von 1891—1898 an 118 Kranken 127 Brüche behandelt. 108mal war der Bruch erworben, 19mal angeboren. Unter diesen 127 Brüchen befanden sich 2 Eventrationen, 4 Herniae epigastricae, 11 Nabelbrüche (alle bei Weibern), 12 Schenkelbrüche (4 m., 8 w.) und 98 Leistenbrüche (92 m., 6 w.). An eingeklemmten Brüchen waren von 49 Fällen (34 m., 15 w.) 7 Nabelbrüche (alle w.), 8 Schenkelbrüche (3 m., 5 w.) und 34 Leistenbrüche (31 m., 3 w.). Von den 13 Todesfällen entfielen 11 auf eingeklemmte (4 m., 7 w.) und 2 auf nicht eingeklemmte Brüche.

Mit großer Ausführlichkeit sind alle Komplikationen und näheren Umstände abgehandelt. Als vorherrschendes Verfahren der Radikaloperation wird das Bassini'sche geübt und alle Krankengeschichten kurz mitgetheilt. Besonders bemerkt sei die Befürwortung des queren Verschlusses bei Radikaloperation der Nabelbrüche, wie sie namentlich von Diakonow und Starkow auf Grund anatomischer und experimenteller Untersuchungen empfohlen ist, und welcher sich Ref. auf Grund eigener günstiger Erfahrung nur anschließen kann.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

38) **Deschin.** Radikaloperation des Schenkelbruches nach dem Verfahren von Prokupin.

(Chirurgia Bd. V. p. 237. [Russisch.])

Der Bruch wurde in der Weise operirt (Prof. Diakonow), dass der vom M. pectineus abpräparirte, 3—4 cm lange, 1 cm breite und $^1/_2$ cm dicke Muskellappen nicht, wie bei anderen Verfahren, einfach umgeschlagen, sondern mit einer nach außen durch die Haut geführten Fadenschlinge fixirt wurde, nachdem derselbe mit dem Ende durch eine Öffnung gezogen war, die oberhalb des Poupartschen Bandes durch die Aponeurose des M. obl. abd. ext. gemacht worden war. Der Heilungsverlauf wurde durch leichte Fadeneiterungen gestört, das Resultat war aber in so fern ein gutes, als 2 Monate nach der Operation keine Spur von Nachgiebigkeit der Bruchgegend zu bemerken und dieselbe von einer derben Schwiele aufgenommen war. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

39) **Bernays** (St. Louis). The pathology and therapy of cancer with special reference to cancer of the stomach.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. August.)

Im Allgemeinen fallen die von B. vorgebrachten Grundsätze hinsichtlich der chirurgischen Behandlung des Krebses an verschiedenen Körperstellen mit den-

jenigen zusammen, welche auch anderwärts befolgt werden. Es ist aber von Interesse, einige Zahlen zu bringen, welche B. aus seiner Erfahrung mittheilt. Nach Amputatio mammae, die er ganz radikal ausführt, hat B. unter 250 Operirten mehr als die Hälfte nach 3 Jahren noch frei von Recidiv gesehen, ja von den letzten 100, welche vor mehr als 3 Jahren operirt worden sind, kamen nur bei 31 Recidive vor.

Nach den von ihm ausgeführten Magenresektionen hat B. nicht so gute Erfolge wie Kocher zu verzeichnen, was er auf die weniger günstigen Verhältnisse, unter denen er zu operiren hatte, bezieht. Unter 21 Resektionen hatte er nur 2 Todesfälle, die Übrigen hatten zweifellosen Vortheil von der Operation. 13 starben innerhalb 1 Jahres an Recidiv, 7 leben nach $1^1/_2$—4 Jahren seit der Operation, davon 2 in vollständiger Gesundheit, 1 endlich, welchem P. ein Pyloruscarcinom von der Größe eines Kindskopfes entfernt hatte, lebt jetzt noch nach $7^1/_2$ Jahren. In den letzten Jahren hat sich B. bei schwachen Kranken mit Ausführung einer Gastroenterostomie begnügt, giebt aber keine Zahlen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

40) **Routier.** Adhérence de l'estomac au foie. Gastrorrhaphie. Gastroentéro-anastomose. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 141.)

Die 35jährige Pat. litt seit 15 Jahren an Magenbeschwerden mit häufigem Erbrechen. Sie magerte stark ab, ohne kachektisch zu werden, wurde morphiumsüchtig. Die Untersuchung ergab eine Magenerweiterung mit Plätschergeräusch. Bei der Laparotomie fand R. eine Verwachsung der kleinen Magencurvatur mit der Leber. Er löste sie. Dabei riss der Magen ein, es entstand ein Loch von der Größe eines Fünfmarkstückes. Schluss dieses Risses durch schwierig anzulegende Nähte und Gastroenteroanastomose mit Murphyknopf beendeten die Operation. Ungestörte Rekonvalescenz und völlige Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

41) **N. Kaefer** (Odessa). Zur Kasuistik der Gastroenterostomie mittels des Murphyknopfes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 622.)

K. hat in dem hier berichteten Falle mit dem Murphyknopfe zwar keinen Misserfolg gehabt, aber ziemlich viel Verdruss, in so fern, als der Abgang des Knopfes sich verzögerte. Bei Relaparotomie 39 Tage nach der Operation saß er noch in der Anastomose, entwich aber bei Manipulation an derselben in den Darm. Als er nach weiteren 19 Tagen immer noch nicht erschien, der Kranke übrigens zeitweise auch die Zeichen ungenügender Magenentleerung darbot, abermalige Relaparotomie, bei der aber nichts vom Knopfe gefunden wurde. Wahrscheinlich ist derselbe dann unbemerkt abgegangen. Der Pat. wurde hergestellt. K. spricht sich auf Grund dieses (einen! Ref.) Falles gegen eine allgemeinere Anwendung des Murphyknopfes aus, den er nur nach Darmresektion bei Herniotomie für zweckmäßig ansieht.

Interessant ist K.'s Fall beiläufig dadurch, dass es sich um ein Duodenalgeschwür handelte. Der Pat. war vor der Gastroenterostomie schon einmal laparotomirt und der Heineke-Mikulicz'schen Pyloroplastik unterzogen. Derselbe ist also 4mal (!) laparotomirt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) **W. Abel.** Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei einem 8wöchigen Säuglinge.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 48.)

In der Litteratur sind bisher 41 Fälle von angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei Kindern im 1. Lebensjahre beschrieben worden; den chirurgischer Behandlung unterworfenen 2 Fällen derselben (Meltzer, Stern), die indess rasch nach der Operation tödlich verliefen, reiht A. einen neuen, von Kehr (Hal-

berstadt) mit Erfolg operirten an. Bei dem betreffenden Knaben, der erst von der 4. Lebenswoche an Krankheitserscheinungen (hartnäckige Stuhlverstopfung, häufiges, nie galliges Erbrechen, meist bald nach der Mahlzeit, Abmagerung, zeitweise wurstförmige Auftreibung der oberen Bauchhälfte mit peristaltischen Bewegungen, harte Resistenz der Pylorusgegend etc.) dargeboten hatte, wurde die Diagnose durch die Sondenuntersuchung und Luftaufblähung des Magens gesichert. Die Operation ergab als Grund für die starke Gastrektasie eine glatte, rundliche, sehr harte Geschwulst des stark verengten Pylorus und wurde nach Wölfler's Methode ausgeführt (Dauer 14 Minuten); nach der Operation erhielt das Kind bald etwas Nahrung. Ungestörter Verlauf und rasches Schwinden der Krankheitserscheinungen; Heilung. **Kramer** (Glogau).

43) **C. Monod.** Obstruction partielle de l'intestin (côlon transverse) par brides d'origine épiploïque (épiploïte plastique) chez un homme ayant subi la cure radicale d'une hernie inguinale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 144.)

Einige Wochen nach Radikaloperation eines linksseitigen Leistenbruches, bei welcher ein größeres Stück Netz resecirt werden musste, bekam der bereits aus dem Krankenhause entlassene Pat. kolikartige heftige Schmerzen, die anfallsweise in Zwischenräumen von 2—3 Tagen auftraten, sich allmählich mehr und mehr verschlimmerten. Unterhalb des linken Rippenbogens fühlte man eine derbe Geschwulst, welche von der Medianlinie 3 Querfinger breit entfernt blieb, nach hinten bis zur Achsellinie reichte, aufwärts unter dem Rippenbogen verschwand. Während eines Kolikanfalles sah und fühlte man im Bereiche der Geschwulst sich eine Dickdarmschlinge abzeichnen. Die nach mehrwöchentlicher Beobachtung ausgeführte Laparotomie ergab, dass die Geschwulst mit ihrer Vorderfläche weithin mit der Bauchwand, nach oben mit dem Magen verwachsen war und, wie sich nach der sehr schwierigen scharfen Auslösung aus den Verwachsungen herausstellte, von der Flexura lienalis des Colons nebst dem entzündlich verdickten und überall verwachsenen Netzstumpfe gebildet war. Durch die Verwachsungen war eine Knickung des Colons erzeugt worden. Nach glatter Rekonvalescenz erfolgte dauernde Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

44) **C. Strauch** (Braunschweig). Das Meckel'sche Divertikel als Ursache des Ileus.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXVIII. Hft. 4—6.)

S. beobachtete 2 Fälle von Ileus, die durch ein Meckel'sches Divertikel veranlasst waren. In dem einen hatte das 8 cm lange eingestülpte Divertikel eine 15 cm lange Invagination des Dünndarmes herbeigeführt, in dem anderen bildete es mit einem bis zum Mesenterium ziehenden derben Strange einen Ring, durch den eine Dünndarmschlinge abgeschnürt war. Beide Fälle kamen zu spät zur Operation. S. fand in der Litteratur nur 13 Fälle, in denen das Divertikel eine Darminvagination hervorgerufen hatte, dagegen 79 Fälle von ringförmiger Abschnürung. Der häufigste Sitz der Anheftung des Divertikels ist die Wurzel des Mesenteriums — 28mal. Diesen Befund führt S., den Deduktionen Leichtenstern's folgend, auf entwicklungsgeschichtliche Vorgänge, auf ein Persistiren der Art. mesaraica von der Spitze des Divertikels bis zur Gekröswurzel zurück.

Buchbinder (Leipzig).

45) **V. Subbotić.** Ein Fall von Invagination und Prolaps des Dünndarmes durch ein offenes und invaginirtes Meckel'sches Diverticulum.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1899. No. 12. [Serbisch.])

Ein 14tägiges Kind wurde am 3. Krankheitstage ins Krankenhaus gebracht, nachdem durch diese Zeit Ileuserscheinungen bestanden. Die Mutter hatte bemerkt, dass ihm durch den Nabel ein Darmtheil vorgefallen war, welcher immer größer wurde.

Bei der Aufnahme war das Kind stark kollabirt, meteoristisch, erbrach. Der vorgefallene Darmtheil war 25 cm lang, lag in der queren Körperachse, der kürzere rechte Schenkel war 10, der längere linke 15 cm lang. Der Darm zeigte auf seiner ganzen Oberfläche gangränöse Schleimhaut, auf jedem Ende eine Lichtung, die in mit ebensolcher Schleimhaut bekleideten Darm führte. Am Nabel ist die Bauchwand für Daumenbreite offen. Die Öffnung ist von Schleimhaut begrenzt, welche in die Bauchwand übergeht. Durch diesen Ring, den die erwähnte Schleimhaut am Nabel formirt, tritt aus der Bauchhöhle heraus ein cylindrischer Darm, der an der Außenfläche mit Schleimhaut bekleidet ist und gleich oberhalb des Nabels in den beschriebenen queren Darmschenkel übergeht, es hat also der ganze vorgefallene Darm T-Form mit sehr kurzem (1—2 cm) vertikalen Schenkel. Die Sonde dringt in der Nabelöffnung nur 2—3 cm tief ein.

G. fasst diesen Fall als Invagination und Vorfall des zuführenden und abführenden Schenkels des Dünndarmes durch ein offenes und ebenfalls invaginirtes und vorgefallenes Meckel'sches Diverticulum auf. (Es wäre wohl richtiger, wenn man den Ausdruck »Invagination« nur für die Einstülpung des Darmes in Darmlichtung beibehalten würde und die »Ausstülpung« durch eine abnorme Öffnung in der Darmlichtung »Evagination« nennen würde; sprachlich wäre das jedenfalls richtiger und auch zweckmäßiger, da dies verschiedene anatomische Zustände sind. Ref.). 2 Abbildungen veranschaulichen den Befund.

Verf. übernahm sofort die Excision des evaginirten Darmtheiles und des Nabels mit nachfolgender cirkulärer Resektion. Das distale Resektionsende war 5—6 cm vom Blinddarme entfernt. Das Kind starb nach einigen Stunden im Collaps.

Die Länge des desinvaginirten Darmes betrug 50 cm, der Darm war größtentheils nekrotisch, das Meckel'sche Diverticulum war 5 cm lang. Dasselbe war nur theilweise invertirt und vorgefallen. Dies könnte als Beweis angenommen werden, dass sich primär der Dünndarm invaginirte und vorfiel, und derselbe erst das Diverticulum nach sich gezogen hat, ein Mechanismus, den Ledderhose als den gewöhnlichen annimmt. **v. Čačković** (Agram).

46) **C. Brunner.** Ein Beitrag zur Chirurgie und pathologischen Anatomie der Darminvagination.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 2.)

B. berichtet über 4 bemerkenswerthe Fälle von Darminvagination. Die beiden ersten Beobachtungen betreffen Invaginationen des S romanum; sie sind ätiologisch in so fern analog, als die Einscheidung jeweils durch eine Geschwulst (Carcinom im 1., Lipom im 2. Falle) verursacht war. Klinisch-anatomisch besteht zwischen denselben der Unterschied, dass beim Falle 1 die Invagination reponibel, beim 2. bei viel größerer Ausdehnung absolut irreponibel war. Das invaginirte Carcinom wurde von einem Sacralschnitte aus exstirpirt, die durchtrennten Darmschlingen cirkulär vernäht; sodann Revision der Nahtstelle von einem Bauchschnitt an, zweizeitige Kolostomie zur Entlastung der Nahtstelle. Das Lipom wurde nach Spaltung des Sphinkters sammt einem Theile des invaginirten Darmes abgetrennt, dann wie im 1. Falle die Naht der Darmlichtungen angeschlossen. Der Rest des Volvulus zog sich indessen hier weder spontan zurück, noch konnte er bei der am folgenden Tage ausgeführten Laparotomie reponirt werden; Kolostomie, dann allmähliche Retraktion des Vorfalles. Beide Fälle endeten günstig, der Kunstafter konnte je nach einigen Monaten verschlossen werden. — In 2 weiteren Beobachtungen handelte es sich um Invaginatio ileocoecalis; dieselbe war im 1. Falle durch eine gestielte Geschwulst, und zwar ein Nebenpankreas verursacht worden, welches am blinden Ende eines echten Darmdivertikels saß und zunächst dieses, dann durch weiteres Vordringen den Darm eingestülpt hatte. Im 2. Falle war ein bestimmtes ätiologisches Moment für die Einstülpung nicht gefunden worden. Die Therapie bestand beide Male in Resektion, im 1. Falle mit günstigem, im zweiten in Folge des elenden Zustandes des Pat. — mit tödlichem Ausgange.

Honsell (Tübingen).



47) **A. Catterina** (Camerino). Contributo clinico-sperimentale alla cura dell' invaginamento intestinale.

(Clinica chirurgica 1898. No. 9 u. 10.)

Eine 47jährige, sehr herabgekommene Frau erkrankte unter den Erscheinungen akuter Einklemmung. Die Operation bestätigt die Annahme einer Invagination, und zwar 1 m oberhalb der Bauhin'schen Klappe, 30—40 cm lang; beginnende Peritonitis sero-fibrinosa. Enteroanastomose mit dem Murphyknopf, nach 3 Stunden reichlich Stuhl, Besserung.

Am 16. Tage geht eine große, nekrotische Gewebsmasse ab, 27 cm lang, 1—3,5 cm breit, die sich als die invaginirte Darmstelle, Intussuscipiens und Intussusceptum, erkennen lässt.

Am 107. Tage Abgang des Knopfes. Vollständige Genesung.

C. stellte, dieser Beobachtung entsprechend, eine Reihe Thierversuche an, welche interessante Ergebnisse brachten. Es wurden Invaginationen operativ erzeugt und fixirt, nach verschieden langen Intervallen Anastomosen mit dem Knopfe angelegt, nach langer Zeit (bis zu 2 Monaten) die ausgeschalteten Stücke unter neuerlicher Anastomose exstirpirt und untersucht. Stets fand sich der Knopf, wenn er nicht abgegangen war, im todten Winkel bei der Invagination. Diese letztere war fest verwachsen, der Darm zwar für eine Sonde durchgängig, aber die Lichtung kollabirt, die Darmwände ausnahmslos stark verdickt. Besonders hervorzuheben ist, dass auch eine beginnende Peritonitis den Erfolg der Enteroanastomose nicht beeinträchtigte, analog der klinischen Beobachtung.

J. Sternberg (Wien).

48) **Routier.** Torsion de l'S. iliaque. Occlusion. Laparotomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 275.)

Die Zeichen des Darmverschlusses bestanden bei der 47jährigen Kranken seit 5 Tagen. Der Leib war enorm meteoristisch. Eine bestimmte Diagnose über Art und Ort des Darmverschlusses zu stellen war unmöglich. Die Laparotomie zeigte, dass es sich um einen Volvulus der Flexura sigmoidea handelte. Nach Rückdrehung der Schlinge blähte sich sofort der Mastdarm auf und gingen Gase ab. R. ließ nun in den Mastdarm 2 daumendicke Drainröhren einlegen und durch eine derselben Salzwasser einlaufen. Dadurch wurde der Abgang enormer Mengen dünnen Stuhles und von Gasen befördert, so dass die geblähten Darmschlingen zusammenfielen und sich unschwer zurückbringen ließen. Bauchnaht. Verlauf ohne Störung.

Reichel (Chemnitz).

49) **O. Guelliot** (Reims). Volvulus du gros intestin; laparotomie le dixième jour: guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 335.)

10 Tage vor der Operation war der 41jährige Pat. mit einmaligem Erbrechen ohne nennenswerthe Schmerzen erkrankt; seitdem bestand weder Abgang von Stuhl noch von Winden, allmähliche, schließlich enorme Auftreibung des Leibes, infolgedessen mäßige Dyspnoë, doch keine weiteren schweren Erscheinungen; insbesondere hatte das Erbrechen sich nicht wiederholt. Die Laparotomie ergab eine Torsion des Colon ascendens, transversum, descendens und der Flexura, die sich unschwer zurückdrehen ließ. Der Dünndarm war nicht ausgedehnt. Darm und Bauchfell waren unverändert. Behufs Reposition des stark geblähten Dickdarmes sah sich G. genöthigt, ihn am freien Rande einzuschneiden. Es entleerte sich viel Gas. Die Reduktion gelang nun leicht. G. schloss den Schnitt nur theilweise und befestigte die Schlinge im unteren Winkel der Bauchwunde. Es entleerten sich später noch Gase, doch kein flüssiger Darminhalt zur Fistel, die sich spontan schloss. 4 Wochen nach der Operation wurde Pat. völlig geheilt entlassen.

Reichel (Chemnitz).

50) **S. L. Woolmar.** Two cases of extreme dilatation of the sigmoid flexure; colopexy, recovery.

(Brit. med. journ. 1899. Juni 3.)

W. theilt die Krankengeschichten zweier Pat. mit, bei denen es auf der Basis einer jahrelangen, schweren, chronischen Verstopfung mehrfach zu Anfällen von Darmverschluss gekommen war; beide Pat. waren in ihrer Ernährung sehr heruntergekommen; bei dem einem traten auch Blutbeimengungen zum Stuhl auf, so dass eine bösartige Neubildung am Darme in Frage kam. Bei dem vorgenommenen Bauchschnitte fand sich in beiden Fällen eine lokalisirte außerordentlich hochgradige sackförmige Ausdehnung der Flexur. Der mit Koth angefüllte, als Geschwulst imponirende Sack lag beide Male im kleinen Becken und ließ sich nur nach Hochziehen aus seinem Lager in den Mastdarm ausdrücken. Die Befestigung der hochgezogenen gedehnten Schlinge genügte beide Male zur Herbeiführung der Heilung. In einem Falle konnte W. das für die Natur der konstatirten Geschwulst charakteristische Symptom konstatiren, dass der eindrückende Finger das Gefühl einer Masse von Kitt hat. Die Blutungen waren, wie sich bei der Operation zeigte, bedingt durch eine außerordentliche Ausdehnung der Venen in der Sackwandung.

F. Krumm (Karlsruhe).

51) **Castan** (Béziers). Imperforation anale. Opération par la voie postérieure. Guérison.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1899. September.)

In dem von C. operirten Falle betrug der Abstand von After und Mastdarmende 4 cm. Die Operation fand 5 Tage nach der Geburt des Kindes statt. C. machte einen medialen Schnitt vom Aftergrübchen bis über das Steißbein. Die vordere Kommissur wurde verschont, das Steißbein sofort resecirt. Das Herabziehen des Mastdarmes gelang erst nach Durchschneidung zweier Stränge des Levator ani. Nach der Operation wurden wiederholte gründliche Darmspülungen gemacht. Die Operation dauerte $^3/_4$ Stunde. Nach 12 Tagen war die Funktion des Afters völlig normal. C. schlägt vor, künftighin auch die hintere Analkommissur zu schonen, das Aftergrübchen erst nach der Resektion des Steißbeines und Freipräparirung des blinden Mastdarmendes von oben her zu öffnen. Der Sphinkter wird stumpf dilatirt und das Darmende durchgezogen.

Fr. Göppert (Kattowitz).

52) **M. Madlener** (Kempten). Über Milzexstirpation nach subkutaner traumatischer Milzruptur.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 43.)

Den in der Litteratur bisher mitgetheilten operirten 10 Fällen von subkutaner traumatischer Milzruptur, von denen die ersten 3 rasch nach der Exstirpation der Milz verstorben waren, die nachfolgenden 7 zur Heilung kamen, reiht M. einen neuen an, in welchem er 7 Stunden nach der Verletzung bei der etwas kollabirten 57jährigen Pat. die Milz entfernte. Im Bauche war eine beträchtliche Menge theils flüssigen, theils geronnenen Blutes, an der konkaven Fläche der Milz ein tiefer querer, bis in den Hilus gehender Riss, eine große Arterie an jenem verletzt. Ungestörte Heilung. Pat. erholte sich nur langsam und hatte nach längst beendeter Wundheilung eine Zeit lang leichte Temperaturerhöhungen. $^1/_2$ Jahr später wurde eine 2. Laparotomie wegen durch Verwachsung von Netz und Darmschlingen an dem in der Operationsnarbe entstandenen Bruch bedingter Ileuserscheinungen nothwendig; Pat. überstand den Eingriff gut. — Die spätere Blutuntersuchung ergab normale Werthe.

Kramer (Glogau).

53) **Krabbel.** Über Milzexstirpation wegen subkutaner Zerreißung des Organes. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Mariahilfsspitals in Aachen.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 36.)

K. erwähnt, dass bisher von 13 wegen subkutaner Milzverletzung vorgenommenen Milzexstirpationen 7 in Heilung ausliefen. Einen dieser Fälle hat Verf. selbst

operirt. Er betraf einen $9^1/_2$ Jahre alten Knaben, der vom Treppengeländer herabgefallen war und starke Schmerzen in der rechten Seite hatte. Die Laparotomie ergab indess eine totale Milzzerreißung. Nach der Exstirpation trat rasche Heilung ein.

K. hält den Bauchschnitt für angezeigt, wenn nach Aufhören des Choks der Puls bei erhaltenem Bewusstsein kleiner, der Gesichtsausdruck ängstlicher, die Athmung mühsam wird, zumal wenn dann noch eine Dämpfungszone in den unteren Partien des Bauches sich findet. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

54) **F. Parona** (Novara). Neuer Beitrag zur Splenopexie.

(Policlinico 1899. Mai 15.)

Verf. theilt 2 neue Fälle von Fixation der Milz mit. Im 1. Falle handelte es sich um eine enorm vergrößerte, bewegliche und dislocirte Malariamilz. Die vom Verf. zunächst eingeleitete Behandlung bestand in subkutanen Jod-Jodkaliinjektionen (20 Tage lang), wodurch die Milz sich um mindestens ein Drittel ihres Volumens verkleinerte. Alsdann wurde die Splenopexie vorgenommen: Schnitt einen Querfinger unterhalb des Rippenrandes und parallel demselben, 12 cm lang; Fixation des parietalen Bauchfelles an die Haut, dann Befestigung der Milz in der Weise, dass die Seidennähte zuerst von außen nach innen durch die Bauchwand durchgeführt wurden, dann eine kurze Strecke (1 cm) unterhalb der Milzkapsel verliefen und schließlich wieder die Bauchwand von innen nach außen durchsetzten und geknüpft wurden. Derartige Nähte wurden im ganzen Umfange der Bauchwunde gelegt, so dass ein Abschnitt der Milz zwischen den Rändern derselben frei liegen blieb. Nach einem Monate war die Wunde lineär geschlossen, die Milz fest fixirt und beträchtlich verkleinert. Abermals einige Jod-Jodkaliinjektionen, dies Mal in das Parenchym. Die Milz blieb dauernd verkleinert und machte keine Beschwerden mehr. — Im 2. Falle handelte es sich um einen hämorrhagischen Infarkt bei einer ebenfalls hypertrophischen und ektopischen Malariamilz. Eröffnung der Bauchhöhle mit schrägem, von oben außen nach unten innen verlaufendem Schnitte, 2 Querfinger unterhalb des Rippenrandes. Festlegung der Milz wie im vorhergehenden Falle, danach Eröffnung und Entleerung des Blutsackes. Die große Wunde schloß sich langsam, die Milz blieb fixirt und von kleinem Volumen. Nach einem Rückblicke auf die Geschichte und Technik der Splenopexie kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die operative Fixirung der Milz giebt zweifellos gute Resultate; die intraperitoneale Methode ist in Bezug auf den Enderfolg der extraperitonealen Methode gleichwerthig und übertrifft die letztere durch die Einfachheit und Kürze des Verfahrens. Zur Eröffnung der Bauchhöhle benutzt man am besten einen schrägen Hautschnitt, der ein wenig hinter der vorderen Axillarlinie dicht unter den Rippen beginnt und nach vorn in der Richtung nach dem Nabel sich verlängert. Zur Naht verwende man kleine Nadeln mit schwacher Krümmung und stumpfen Rändern. Die Splenopexie ist die passende Operation in fast allen Fällen von Wandermilz und von »hämorrhagischem Infarkte«. Wenn die Milz stark vergrößert ist, empfiehlt es sich, der Splenopexie die subkutanen Jod-Jodkaliinjektionen vorausgehen zu lassen.

H. Bartsch (Heidelberg).

55) **Hartmann.** Contusion de l'abdomen. Déchirure du foie. Coeliotomie. Tamponnement de la déchirure. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 143.)

Bei einem durch Einsturz eines Hauses verunglückten und in Folge Schädelbruches komatösen Pat. machte H. lediglich auf Grund des Vorhandenseins einer deutlichen Kontraktur der Bauchwand die Laparotomie 4 Stunden nach dem Unfalle. Er fand eine Blutung aus einem Risse der Unterfläche der Leber unmittelbar rechts von der Gallenblase. Tamponade des Risses stillte die Blutung. Heilung, nachdem vom 10.—15. Tage ein ziemlich reichlicher Ausfluss von Galle zur Wunde stattgehabt hatte. **Reichel** (Chemnitz).

56) Moncorvo (Rio-de-Janeiro). Note sur un cas d'abcès du foie chez un enfant de 2 ans.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1899. December.)

Stoß beim Fallen gegen das rechte Hypochondrium, Fieber schon am nächsten Tage bemerkt.

Incision mit der Bauchwand verklebten Leberabscesses $1^1/_2$ Monat nach der Verletzung. Heilung. Bemerkenswerth ist nur das Alter des Kindes.

F. Göppert (Kattowitz).

57) Wolynzew. Über die Anzeigen für die Entfernung der Gallenblase. Ein Fall von vollständiger Entfernung der Gallenblase wegen Hydrops und Verschluss des Cysticus.

(Chirurgia Bd. V. p. 112. [Russisch.])

W. setzt nach einer die Geschichte dieser Operation betreffenden Einleitung die verschiedenen, oft ganz entgegengesetzten Ansichten aus einander, welche über die Nothwendigkeit der Gallenblasenexstirpation bei den Chirurgen bestehen. Während die Einen sie bei Steinleiden überhaupt verwerfen und nur bei Krebs anwenden, halten die Anderen weitere Grenzen ein, die sich nicht immer streng in allgemeine Regeln fassen lassen. W. steckt mit Tuffier der Exstirpation weite Grenzen, so fern der Operateur die Technik beherrscht, und vor Allem es der Zustand der Leber erlaubt.

Der Fall, welcher der Abhandlung zu Grunde liegt, ist folgender: Eine 33-jährige barmherzige Schwester, die früher oft an Malaria und dann an Typhus gelitten, bekam vor 6 Jahren die ersten Schmerzanfälle. Vor $3^1/_2$ Jahren wurde im rechten Hypochondrium eine vollständig schmerzlose Geschwulst entdeckt. Jetzt ist die Geschwulst auf Druck empfindlich. Bei der Operation (Prof. Diakonow) wurde der Schnitt durch den rechten Rectus gelegt. Es waren in der Gallenblase 13 Steine enthalten und 120 g klarer Flüssigkeit, nach deren Entfernung die Blase von der Leber abgelöst und abgetragen wurde. Die Schnittränder wurden vernäht und der Stumpf versenkt. Die Schleimhaut der Gallenblase erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als atrophisch, Schleimdrüsen waren in ihr fast nicht vorhanden. Die Heilung verlief ohne Störung.

W. ist der Ansicht, dass jede kranke Blase entfernt werden sollte, er schildert die Nachtheile der anderen Verfahren und die Vortheile der Entfernung der Gallenblase. In Russland ist nach W. dieser Fall die 6. Gallenblasenexstirpation.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

58) Büdinger. Zur Operation des Leberechinococcus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 45.)

Nach B. ist die Analogie zwischen der Geschichte der Leberechinococcusoperation und jener der Gallensteine eine auffallende. Nach langem Schwanken bei beiden zuerst der vorsichtige, zweizeitige Schnitt, dann die einzeitige Methode der Einnähung und endlich hier wie dort »von berufenster Seite der kühne Versuch einer methodischen Schnellheilung, dessen Analogie sogar bis zu dem Vorschlage geht, in beiden Fällen das versenkte Cavum an der Bauchwunde zu fixiren und dadurch ein Sicherheitsventil zu schaffen«.

Die Methode, nach Vernähung der Wände die Cyste zu versenken, zuerst von Billroth mit Eingießen von Jodoformglycerin geübt, dann von Bobrow wieder aufgenommen und in Frankreich von Delbet, in Deutschland von Garrè neuerdings warm empfohlen, hat nach B., der sich in Übereinstimmung mit Tuffier und Körte befindet, neben ihren großen Vorzügen den Nachtheil, dass die Möglicheit lokaler Recidive offen bleibt. Diese Recidive können unter Umständen geraume Zeit bis zu ihrem Auftreten brauchen, wie ein Fall beweist, der, von Billroth im Jahre 1893 operirt, nach 6 Jahren B. zu erneutem chirurgischen Eingreifen zwang.

Aus dem Vergleiche der beiden ausführlich wiedergegebenen Operationsprotokolle geht ohne Zweifel hervor, dass die Cyste sich bei der B.'schen Operation an genau derselben Stelle befand, an der sie Billroth fand. Dieselbe erwies sich 1893 als einkammerig und enthielt keine Tochterblasen.

Die Operation selbst ist in technischer Hinsicht nicht uninteressant, so fern dabei ein ungewöhnlicher Weg für die Bloßlegung der Cyste eingeschlagen wurde. Die sehr große Geschwulst war in Folge ihrer Befestigung an der alten Narbe und ihrer Anheftung an das Zwerchfell gezwungen gewesen, sich vorzugsweise im Thoraxraume, also als subphrenische Geschwulst, zu entwickeln und zog sich nach der Punktion ganz unter die Rippen zurück. B. nahm daher eine temporäre Resektion der 4 letzten Rippenknorpel vor, wobei die Pleura verletzt wurde. Tamponade mit Jodoformgaze. Nach weiterer Resektion eines Stückes der 6. Rippe von hinten her wird durch die intakte Pleura hindurch, welche also zum 2. Male eröffnet wurde, ein Zipfel des Sackes hervorgezogen, eröffnet und in die Hautwunde eingenäht.

Der Verlauf war ein sehr günstiger. Der operativ entstandene Pneumothorax war im Verlaufe von 8 Tagen anstandslos resorbirt. Nach fast 4 Monaten waren die Fisteln geschlossen. Pat. hatte seit der Operation 19 kg zugenommen.

B. empfiehlt die temporäre Resektion von mehreren Rippen für die Operation von versteckt liegenden Lebercysten und Leberabscessen.

Hübener (Dresden).

59) **Karewski.** Über primären retroperitonealen Bauchechinococcus.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 33.)

K. publicirt 2 Krankenbeobachtungen, in denen es sich um die seltene ursprüngliche Etablirung des Echinococcus im Retroperitonealgewebe handelte.

Der eine Fall betrifft eine 35jährige Frau, bei der ein Blasenwurm abwärts von der linken Niere und hinter dem Colon descendens in der Flexurgegend zur Entwicklung gekommen war. Die angeblichen Beschwerden machten ursprünglich den Eindruck eines Lumbago ohne Befund und diagnosticirte K. weiter in Anbetracht des Mangels jedweder objektiver Erscheinungen hysterische oder nervöse Affektion. Im Gefolge eines Wochenbettes steigerten sich die Erscheinungen, es wurde skoliotische Körperhaltung konstatirt und eine Resistenz in der Nierengegend festgestellt. Der gleichzeitig vorhandene Blasenkatarrh forderte K. auf, die Diagnose auf Perinephritis zu stellen. Die ausgeführte Operation legte den Sachverhalt klar und führte zu schneller, dauernder Heilung der durch Jahre hindurch geplagten Pat.

Im anderen Falle (55jähriger Mann) wurde die Natur des Leidens schon vor der Operation richtig erkannt. Bei dem durch viele Jahre an Ischias leidenden, abgemagerten Kranken konstatirte K. eine kolossale, die ganze rechte untere Bauchhälfte einnehmende Geschwulst mit kugliger Oberfläche und grober Höckerbildung, welche prallelastische, stellenweise bretthaerte Konsistenz, stellenweise Fluktuation zeigte. Eine vorgenommene Probepunktion förderte dicken Eiter zu Tage, dessen mikroskopische Untersuchung Chitinhäutchen, Cholesterin, aber keine Haken nachwies. Radikaloperation, verhältnismäßig rasche, dauernde Heilung. Die jahrelang andauernden ischialgischen Beschwerden waren dadurch hervorgerufen, dass der Echinococcus sich an den Austrittsstellen des Plexus ischiocruralis entwickelte.

K. empfiehlt die Probepunktion zur Sicherung der Diagnose, die das therapeutische Handeln vorschreibt. **Gold** (Bielitz).

Berichtigung. In No. 5 lies im Inhalt 47) und p. 150, Zeile 18 von unten, Varendorff statt Vasendorff; p. 112 lies in dem Referat über den Vortrag Müller »Mahlzähne« statt »Eckzähne«.



Neunundzwanzigster Kongress
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der neunundzwanzigste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 18.—21. April in Berlin statt.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 18. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 10—1 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr gehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 18. April, und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 20. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In der zweiten Sitzung der Generalversammlung am Freitag Nachmittag wird der Vorsitzende für das Jahr 1901 gewählt.

Am ersten Sitzungstage (Mittwoch, den 18. April) findet um 10 Uhr Abends eine einstündige Demonstration von Projektionsbildern aus Diapositiven statt. Meldungen dazu sind an Herrn Joachimsthal, Berlin W., Markgrafenstr. 81, und Immelmann, Berlin W., Lützowstr. 72, zu richten.

Von auswärts kommende Kranke können im Kgl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind an Herrn Anders ins Langenbeckhaus (Ziegelstr. 10/11) mit Angabe ihrer Bestimmung zu senden.

Eine Ausstellung von Röntgen-Photographien findet nicht statt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich zeitig und wenn irgend möglich spätestens bis zum 17. März an meine Adresse (v. Bergmann, Berlin NW., Alexanderufer 1) gelangen zu lassen.

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, so wie die regelmäßigen Zahlungen der Mitglieder entgegen zu nehmen.

Eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten, so wie Gegenständen der Krankenpflege ist in Aussicht genommen.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 18. April.

Herr Czerny (Heidelberg): Die Behandlung inoperabler Krebse.

Herr Krönlein (Zürich): Darm- und Mastdarmcarcinom und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

Herr Rehn (Frankfurt a/M.): Die Verbesserungen in der Technik der Mastdarm-Amputation und -Resektion.

Donnerstag, den 19. April.

Herr Israel (Berlin): Über Operationen bei Nieren- und Uretersteinen.

Freitag, den 20. April.

Herr v. Angerer (München): Über Operationen wegen Unterleibs-Kontusionen.

Herr v. Bergmann (Riga): Über Darmausschaltungen beim Volvulus und dessen Diagnose.

Herr Credé (Dresden): Die Vereinfachung der Gastro- und Enterostomie.

Sonnabend, den 21. April.

Herr Lexer (Berlin): Über teratoide Geschwülste in der Bauchhöhle und deren Operation.

Ernst v. Bergmann,
Vorsitzender für das Jahr 1900.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.


Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. Sonnabend, den 3. März. 1900.

Streckmetall, ein neues Schienenmaterial, besonders für kriegschirurgische Zwecke.

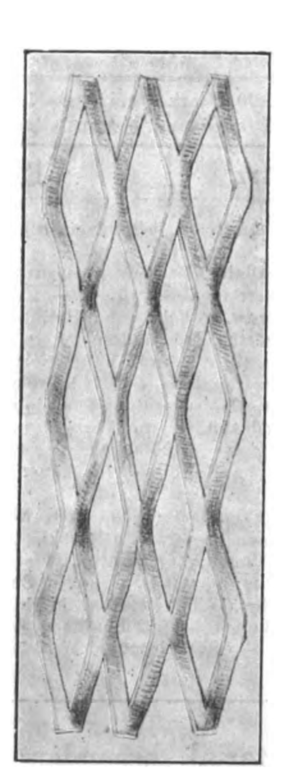
Von

Dr. C. **Hübscher** in Basel.

Unter Streckmetall (métal déployé, expanded metal) (Fig. 1) versteht man ein in der jüngsten Zeit in die Bautechnik eingeführtes, gitterförmig gestanztes Blech, das in Verbindung mit Gips oder Cement zu Wänden, Fußböden und Decken verwendet wird. Durch die erfolgreiche und ausgedehnte Benutzung dieses Materiales bei den Bauten der Pariser Weltausstellung wird dasselbe jedenfalls rasch bekannt und überall erhältlich werden.

Dieses Gitterblech eignet sich nun nach meinen Versuchen in hervorragender Weise zur Herstellung jeder Art von Schienen und Lagerungsverbänden. Aus den bis 2,40 m langen Tafeln lassen sich mit der Blechschere Schienen von jeder beliebigen Länge und Breite herausschneiden, welche für sich genügenden Widerstand besitzen, um einen durchaus verlässlichen Nothverband bei Brüchen der Extremitäten zu liefern. Da sich das Material sehr leicht der Quere

Fig. 1.



Streckmetall No. 1.



Fig. 2.



Nothverband aus einer Halbrinne von Streckmetall mit aufgebogenem Fußstück.

nach rinnenförmig biegen lässt und sich den Körperformen gut anschmiegt, so ist bei diesen improvisirten Verbänden kaum eine Polsterung als Unterlage nöthig; die Kleidung des Pat. wird in den meisten Fällen genügenden Schutz gegen Schienendruck bieten. Um bei Frakturen der unteren Extremität einen Halt für den Fuß zu gewinnen, schneidet man in entsprechendem Abstande vom unteren Ende der Schiene diese letztere beiderseitig auf je $^1/_3$ der Breite ein und biegt den Fußtheil rechtwinklig nach oben; die Schnittränder

werden in die nächst liegenden Maschen eingeflochten und umgebogen, so dass eine absolut sichere Versteifung des Fußstückes entsteht (Fig. 2). Auf die gleiche Weise werden winklig gebogene Schienen für die obere Extremität angefertigt.[1]

Ist das Streckmetall für sich allein schon ein gutes Improvisationsmaterial, so giebt seine Verbindung mit Gipsbrei, gemäß seiner Bestimmung, Verbände von unerreichter Festigkeit. Die Herstellung dieser Gitterblech-Gipsverbände ist folgende: auf das mit irgend einem Materiale gepolsterte Glied legt man weitmaschige Packleinwand und unmittelbar darüber das den Körperformen nach zurecht geschnittene und angeschmiegte Blech. Die Packleinwand ist allseitig so weit zu groß genommen, dass die nach oben umgeschlagenen Ränder die Schiene auch auf ihrer Rückfläche vollständig decken. In die Maschen des Gitterbleches wird nun dickflüssiger Gipsbrei mit den Händen glatt eingestrichen und die Zwischenräume werden vollständig ausgeebnet; vor dem Erhärten wird die überschüssige Packleinwand rasch über die Blechränder umgeschlagen, so dass auch die Ränder und die Rückfläche der Schiene mit Stoff bezogen sind. In Folge der eigenthümlichen Schrägstellung der Maschenstege lässt sich nur eine überall gleichmäßig dicke Schicht von Gips in die Maschen einstreichen; der Verband hat daher überall die gleiche Dicke. Nach dem Erhärten des Gipses ist das vorher biegsame Metall nach allen Richtungen versteift. Nimmt man guten Gips und heißes Wasser mit etwas Alaun, so ist auch der größte Lagerungsverband, z. B. bei einer Verletzung der Wirbelsäule, in wenigen Minuten fertig.

Beim Schneiden des Bleches mit der Schere ist es vorsichtig, dicke Lederhandschuhe anzuziehen, da man sich, besonders bei den ersten Versuchen, leicht an den scharfen Schnitträndern verletzen kann; ein Nachtheil des Materiales, den ich nicht unerwähnt lassen wollte.

Für kriegschirurgische Zwecke empfehle ich das Streckmetall besonders desshalb, weil das Blech ein geringes Gewicht[1] hat und wenig Platz beansprucht. In ganzen Tafeln oder zu Schienen vorbereitet, kann dasselbe gut untergebracht und leicht transportirt werden.

Zu meinen Versuchen hat mir die Firma A. Buss & Co. in Basel Streckmetall No. 1 und 1a mit Maschenweiten von 10 und 6 mm bereitwilligst zur Verfügung gestellt. Der Preis pro Quadratmeter ist 1,90 frs. (ca. 1,50 ℳ). In Deutschland wird das Material von der Maschinenfabrik Schüchtermann und Kremer in Dortmund hergestellt[2].

---

[1] Streckmetall wird auch aus Aluminiumblech hergestellt.

[2] Über die Herstellung des Streckmetalles finden sich genaue Angaben in der Zeitschrift »Prometheus« 1897. No. 459 und 1899. No. 531.

1) N. J. Rosanow. Die pathologische Anatomie der Haut bei Krebskachexie.

(Wojenno-medicinsky Journal 1899. August. [Russisch.])

Die an 18 Leichen studirten Veränderungen der Haut bei Krebskranken bestehen hauptsächlich in atrophischen Processen der Epithelschichten, in kleinzelliger Infiltration des Bindegewebes, Verdickung der Gefäßwände und besonders in gelatinöser Entartung des Schweißdrüsenepithels, so dass die Drüsen oft in gelatinöse Cysten verwandelt sind. Das führt zu verminderter Absonderung schädlicher Substanzen im Schweiße, zu Retention von Stoffwechselprodukten im Organismus.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

2) v. Küster. Versuche über die Farbstoffproduktion des Bacillus pyocyaneus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Bekannt ist, dass der Bacillus pyocyaneus unter ungünstigen Lebensbedingungen keinen Farbstoff producirt. Starke Belichtung, höhere Temperatur und Symbiose mit einigen anderen Bakterienarten berauben ihn so der Fähigkeit, Farbstoff zu erzeugen. Verf. prüfte nun, wie einige der beliebteren Antiseptica auf seine Entwicklung und seine Eigenschaften wirken. Die eindeutigen Resultate lassen sich dahin zusammenfassen, dass Phenol, Borsäure und essigsaure Thonerde, in geringeren Dosen zu den Nährböden hinzugesetzt, die Farbstoffproduktion steigern. Dagegen vernichten höhere Koncentrationen der Nährböden mit jenen Stoffen zuerst die Fähigkeit der Farbstofferzeugung, noch höhere schließlich die Lebensfähigkeit der Bacillen selbst. Es macht dabei einen Unterschied aus, ob man Agar oder Bouillon zu den Nährböden benutzt. Sublimat vernichtet, selbst in geringen Mengen den Nährböden zugefügt, die Lebensfähigkeit des Bacillus pyocyaneus, dagegen gedeiht er in alkoholischen Nährböden.

Gemeinsam mit Kimura ist Verf. der Ansicht, dass die Farbstoffproduktion des Bacillus pyocyaneus im Urin resp. in der Blase ausbleibt, dass er selbst jedoch darin vorkommt. v. K. meint, dass die hohe Temperatur von 39°, der Luftabschluss und die Einwirkung des kohlensauren Ammoniaks in großer Menge in der Blase schon einzeln im Stande sind, die Farbstoffproduktion der betreffenden Mikroorganismen zu hemmen, geschweige denn in ihrem Zusammenwirken. Auch darüber sind Versuche von v. K. angestellt und ihr verschiedenartiger Ausfall je nach Beschaffenheit der gewählten Urine mit einleuchtenden Deduktionen erklärt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).



3) **J. T. Rudnitzki.** Zur Frage von den Gewebsveränderungen in gefrorenen Extremitäten.

(Wratsch 1899. No. 44. [Russisch.])

Bis heute fehlten Untersuchungen von Gefäßveränderungen in gefrorenen Geweben. Verf. brachte daher Meerschweinchenfüße durch Ätherpulverisation (4—15 Min.) zum Gefrieren und untersuchte nach einigen Tagen und Monaten. — Dabei fand er in den großen und kleinen Arterien eine Endarteriitis, die zu voller Obliteration führte. In der gewucherten Intima entwickeln sich viel neugebildete elastische Fasern (durch Abklemmen von der Tunica elastica, zum Theil durch Vereinigung der zahlreichen Körner der elastischen Substanz, die im neuen Gewebe vorhanden ist) und mehrere Tunicae elasticae. Später wird diese Wucherung aus einer zelligen zur zellig-faserigen; zuweilen verfällt sie der hyalinen Entartung. Media und Adventitia leiden weniger; eben so sind die Venen weniger betroffen. — Die Muskeln verfallen einer bindegewebigen Degeneration; in den Nerven: interstitielle Neuritis. Die Haut atrophirt, das Bindegewebe wird sklerotisch, zuweilen degenerirt es schleimig. Die Knochen wuchern; die Gelenke zeigen das Bild der Arthritis deformans.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **Rajewski.** Zur Frage der Behandlung der bösartigen Geschwülste. (Aus der Hospitalklinik Prof. Lewschin's.)

(Chirurgia Bd. V. p. 427. [Russisch.])

Nachdem R. eine Übersicht über den Stand dieser Frage in Bezug auf die Behandlung mit Toxinen, dem Schöllkraut, dem Formaldehyd gegeben, berichtet er über eigene Versuche und die Erfahrungen in der Lewschin'schen Klinik.

Seine experimentellen Versuche bezogen sich darauf, Veränderungen des normalen Gewebes kennen zu lernen, welche auf die Einspritzungen von Toxinen, von Streptokokken, von Schöllkrautextrakt und Formalin erfolgen.

R. kommt zu dem Resultate, dass die genannten Mittel als stark reizende wohl im Stande sind, eine Narbe hervorzubringen, dass sie aber in den von ihm beobachteten 2 Fällen von Krebs und einem Falle von Sarkom keinen Heilerfolg gegeben haben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

5) **Lambertz.** Die Entwicklung des menschlichen Knochengerüstes während des fötalen Lebens, dargestellt an Röntgenbildern.

Hamburg, **Lucas Gräfe & Sillem,** 1899.

Das erste Heft des »Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern« liegt mit dieser Arbeit vor.

Einige kurze einleitende Bemerkungen über die Technik der Röntgenphotographie, eben so wie die der Beschreibung der Tafeln

voraufgeschickten Winke für das »Lesen der Röntgenbilder« werden Jedem, der sich mit X-Strahlen beschäftigt, hochwillkommen sein.

Verf. streift mit wenigen Bemerkungen das häutige und knorplige Skelett, um dann eine zusammenfassende Darstellung der Knochenentwicklung zu geben. Soll diese nichts Neues bringen, so bringt sie das Bekannte in vollendet klarer und gedrängter Form, so dass bei manchem Ausblick in das Gebiet der Phylogenie und vergleichenden Anatomie der Leser ein abgerundetes Bild fötalen Knochenwachsthums erhält.

9 Tafeln mit 46 Röntgenbildern und eine lithographische Tafel nebst Beschreibungen bilden den Abschluss, aber auch den werthvollsten Theil der Arbeit. Der Inhalt ist zu reichlich für ein Referat; diese Röntgenbilder wollen studirt sein und verdienen es auch.

Welcher Werth darin liegt, das Knochenskelett in seinem natürlichen Zusammenhange von Stufe zu Stufe in naturtreuer Wahrheit sich aufbauen zu sehen in geradezu plastischer Weise, liegt auf der Hand. Für den Praktiker bilden die Röntgenbilder des sich entwickelnden normalen Skeletts die Grundlage für die richtige Erkenntnis pathologischer Zustände, welche durch Röntgenstrahlen auf die photographische Platte gebannt wurden. Aus diesem Grunde wird auch dem Chirurgen die vorliegende Arbeit willkommen sein und zur Vermeidung mancherlei Irrthümer, welche bei der Deutung von Röntgenphotographien untergelaufen sind, beitragen.

Die Ausstattung der Arbeit ist vorzüglich, wie wir von den Verlegern der »Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« gewohnt sind. Auf den Tafeln sind theils die Originalplatten wiedergegeben, theils verkleinerte Maßstäbe derselben. Das Reproduktionsverfahren ist ein direktes photographisches Kopirverfahren, wie es von der neuen photographischen Gesellschaft in Berlin-Steglitz geübt wird, bekannt unter dem Namen »photographischer Rotationsdruck oder Kilometerphotographie«.

Der Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern hat sich mit diesem ersten Hefte vorzüglich eingeführt, so dass wir dem weiteren Fortschreiten dieses Sammelwerkes mit Spannung entgegensehen. **Vollbrecht** (Breslau).

---

6) **P. S. Alexandrow.** Über den Einfluss der akuten Vergiftung mit Äthylalkohol auf die Heilung der Knochenbrüche bei Thieren.

Diss., St. Petersburg, 1899. (Russisch.)

Versuche an Kaninchen. Je 2 Thieren wurde ein Knochen gebrochen und dann das eine mit täglich 4,0 g Alkohol auf das Kilo Körpergewicht (in 20%iger Lösung) behandelt. Es stellte sich heraus, dass die Neubildung des Knochengewebes durch den Alkohol gehemmt wird: nach 4 Tagen war die Zellhyperplasie der Innenfläche des

Periosts schwächer als beim Kontrollthiere; chondroides Knochengewebe fand sich statt am 8. erst am 11. Tage; eben so verhielt es sich mit den Bälkchen des osteoiden Gewebes. Blutergüsse wurden bei den nicht vergifteten Thieren schneller resorbirt. Während der 3. Woche war die Verwandlung des osteoiden Gewebes in Knochen verlangsamt. — Hungern (mit Wasser) hemmte die Knochenregeneration noch weit mehr, als die Vergiftung mit Alkohol.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

7) **M. Martens.** Zur Kenntnis der Gelenkkörper auf Grund des von Herrn Dr. F. Mertens zusammengestellten Göttinger Materiales von 1875—1895 und desjenigen aus der königl. Charité von Ende 1895—1899.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 348—431 u. 485—511.)

M. veröffentlicht in dieser Arbeit das gesammte Beobachtungsmaterial König's aus der oben genannten Zeit, bestehend in Wiedergabe der genau geführten, im Ganzen 67 Fälle betreffenden Krankengeschichten mit Hinzufügung von 40 Abbildungen, die makro- und mikroskopische Präparate, so wie Röntgenaufnahmen darstellen. Da in der Sammlung auch diejenigen Beobachtungen enthalten sind, welche zur Grundlage von König's bekannter Lehre über die Osteochondritis dissecans gedient haben, erhält die Arbeit ein nicht geringes Interesse und kann ihr ein bleibender litterarischer Werth prognosticirt werden. Indess kann ein referirendes Eingehen auf die massenhaften Détails hier nicht in Frage kommen, und müssen wir uns mit einer einfachen gruppirenden Übersicht begnügen. M. theilt das Material ein in

1) Fälle von Gelenkkörpern, die ein abgelöstes Stück des Gelenkabschnittes repräsentiren, und

2) in Fälle, wo die Gelenkkörper Neubildungen darstellen.

Gruppe I theilt sich a. in Fälle zweifellos traumatisch entstandener Gelenkkörper — 20 Beobachtungen, und zwar betreffend den Ellbogen 9-, die Hand 1-, das Daumengelenk 1-, das Knie 9mal; und b. in Fälle, wo anamnestisch kein die Ablösung des Körpers erklärendes Trauma eruirt werden konnte, wo also die Osteochondritis in Frage kommt. 40 Fälle, wovon 16 den Ellbogen, 21 das Knie, 3 die Hüfte betreffen.

Die Gruppe II, Fälle von Gelenkkörpern, die Neubildungen darstellen, tritt gegen die I. sehr zurück. Sie enthält nur 2 Beobachtungen, in denen der Gelenkkörper als abgebrochene Exostose oder Ekchondrose zu deuten war, und 9 Fälle, wo derselbe ein Wucherungsprocess der Arthritis deformans war.

Die die mitgetheilte Kasuistik begleitende allgemeine klinische Besprechung enthält naturgemäß nur wenig, was nicht sonst schon allgemein oder insbesondere durch die Publikationen König's über den Gegenstand, namentlich auch durch dessen Vortrag auf dem

letzten Chirurgenkongresse bekannt geworden ist (cf. dieses Blatt 1899 Beilage zu No. 27 p. 16).

Als ein neuartiges Interesse bietend aber seien verschiedene Röntgenbilder hervorgehoben, welche zeigen, wie die Skiagraphie kleine Körperchen ans Licht bringt, die ohne sie sicher nicht erkennbar wären. Auch sei bemerkt, dass im Eingange der Arbeit mehrere Gelenkkörper beschrieben sind, die aus Fibrin bezw. aus lipomatösem Fettgewebe bestanden, während an ihrem Schlusse 2 Fälle von Excision eines zerrissenen Kniegelenksmeniscus und einige Operationen mitgetheilt werden, in denen sich die auf Gelenkmaus gestellte Diagnose nicht bestätigte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **Friedrich.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der chirurgischen Tuberkulose, insbesondere der Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Nieren, und zur Kenntnis ihrer Beziehung zu Traumen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 512.)

F. hat über die Ergebnisse seiner diesbezüglichen Thierversuche auf der Münchener Naturforscherversammlung 1899 einen Vortrag gehalten und hierüber in unserem Blatte vor. Jahrgang p. 1279 ein genügend eingehendes Referat selbst geliefert. Auf letzteres verweisen wir und heben nur nochmals als praktisch wichtig hervor, dass F.'s Experimente keinen Anhalt für die Annahme einer Prädisposition traumatisch beschädigter Gelenke zu tuberkulöser Erkrankung gegeben haben. Die Möglichkeit aber, dass eine bisher latente örtliche Tuberkulose durch Trauma manifest wird, ist nicht auszuschließen, für einzelne Fälle ist sie sogar wahrscheinlich.

Im Übrigen enthält die Arbeit auch eine Würdigung der einschlägigen Litteratur, die tabellarischen Übersichten über die einzelnen Versuche, so wie eine Anzahl Abbildungen, welche theils makroskopisch mehrere der experimentell erzeugten Gelenkfungi darstellen, theils mikroskopisch tuberkulöse Knochenherde veranschaulichen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **M. Wilms.** Arthropathie, Myositis ossificans und Exostosenbildung bei Tabes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 2.)

Im Jahre 1868 machte zuerst Charcot auf gewisse bei Tabes auftretende Gelenkerkrankungen aufmerksam, die er direkt von der Rückenmarkserkrankung abhängig sein ließ. Gegen diese Ansicht wandten sich Volkmann und Virchow, welche die Arthropathie bei Tabes für eine gewöhnliche Arthritis deformans deuteten und die hochgradige Zerstörung dadurch erklärten, dass die Tabiker in Folge ihrer Anästhesien die erkrankten Gelenke nicht schonten.

Charcot selbst hat für seine Auffassung, nach der trophische Störungen die Ursache der Gelenkerkrankung seien, keine Erklärung gegeben, dagegen haben v. Leyden und Goldscheider versucht, die Art der sensiblen Störungen und ihre Wirkung genauer zu präcisiren.

Die sensiblen Nerven der Knochen und Gelenke, welche reichlich das Gelenk versorgen, sind nach ihrer Ansicht durch die reflektorische Beeinflussung der Gefäße der regulatorische Apparat für die Ernährung; fällt dieser sensible Regulirungsapparat weg, so wird eine mangelhafte Anpassung und eine Störung der Ernährung die Folge sein. Mit dem Aufhören dieser Regulirung hängen einerseits die atrophirenden und destruirenden, andererseits die hypertrophirenden Processe und Knochenwucherungen zusammen. W. meint nun, dass die bei Gelenk- und Knochenerkrankungen neben einander hergehenden Processe der Zerstörung und Neubildung mit dieser Form der Erklärung von v. Leyden und Goldscheider am besten in Einklang zu bringen sind, wendet aber dagegen ein, dass eine große Zahl von Tabeskranken trotz hochgradiger Analgesie keine Gelenkdeformitäten aufweisen.

Neben diesen Gelenkerkrankungen kommen bei Tabes nun noch ossificirende Processe in der Nachbarschaft der Gelenke vor, einerseits Myositis ossificans, andererseits Exostosenbildung, für deren Entstehung auch Nerveneinflüsse verantwortlich gemacht werden. An 3 einschlägigen Fällen will W. den Nerveneinfluss für diese letzteren Erkrankungsformen studiren.

Im 1. Falle war die Kniegelenkserkrankung zunächst ins Auge springend, die Gelenkflächen erwiesen sich nach dem Röntgenbilde und dem Operationsbefunde (Resektion) bedeutend verändert, das Kniegelenk war nach außen subluxirt. Außer diesen destruktiven Veränderungen fanden sich Knochenneubildungen, und zwar in Form von Platten um den von der Gelenkverbindung frei gewordenen Epicondyl. int. und in Form einer knöchernen Spange in den Weichtheilen längs der Innenseite des Oberschenkels, dem Verlaufe der Muskeln folgend. Auch stärkere Verknöcherungen der Kapsel und der umgebenden Weichtheile sind wahrzunehmen. Der Condyl. ext., der allein noch in Gelenkverbindung mit der Tibia steht und stark belastet ist, ist um 2—3 cm abgeschliffen.

Der 2. Pat. wurde mit einer Spontanfraktur des linken Oberschenkels eingeliefert; zudem fand sich das linke Hüftgelenk stark verändert, es war von einer mächtigen Knochenmasse eingeschlossen, so dass man an ein Osteosarkom des Beckens hätte denken können. Die Gelenkkapsel, die Muskelansätze sind an dem Gelenke ganz in Knochenmassen umgewandelt.

Als 3. Fall bringt W. ein pathologisches Präparat aus dem Gießener pathologisch-anatomischen Institute. Es handelt sich um eine tabische Arthropathie beider Hüftgelenke, außerdem um Exostosenbildung und Myositis ossificans. Links fand sich eine das

linke Hüftgelenk umgreifende Wucherung, die fast ganz verknöchert ist. Die Knochenwucherung erstreckt sich am Schafte des Oberschenkels entlang und setzt sich scharf gegen das normale Femur ab. Bedeutender sind die Veränderungen am rechten Hüftgelenke, die Pfanne ist nach oben gewandert, während die alte Pfanne durch bindegewebige und knöcherne Wucherungen zum Theil ausgefüllt ist. Die neue Pfanne auf der äußeren Darmbeinschaufel ist durch Verknöcherung der Gelenkkapsel und theilweise auch der Muskulatur gebildet. Vom oberen Rande der neuen Pfanne und von der Außenseite des Darmbeines schiebt sich ein halbkugliges Dach, eine breite Knochenmasse, über den stark deformirten Schenkelkopf. Das Dach der knöchernen Schale wird mitgebildet von einem Theile der glutäalen Muskulatur, die von breiten Knochenspangen durchsetzt ist. Weitere Verknöcherungen finden sich an den Ansätzen des Muscul. obturat. ext., pectin., quadrat. femoris, adduct. brevis und besonders schön im Ansatze des Rect. femor.

Derartige Fälle, wie sie W. beschreibt, gehören zu den Seltenheiten. Einen Zusammenhang zwischen der nervösen Erkrankung und der Exostosenbildung und Myositis ossificans kann er nicht konstatiren, sondern er schließt sich dem oben geschilderten Standpunkte von Volkmann und Virchow an. Die myositischen Veränderungen stellt er auf die Stufe der Exercir- und Reitknochen, indem er auf die außerordentliche Inanspruchnahme und Traumen der Muskeln bei vorhandener tabischer Arthropathie hinweist.

H. Wagner (Breslau).

---

10) **F. Colley.** Die Periarthritis humeroscapularis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 563.)

Nach Traumen des Schultergelenkes, wie Kontusionen, Luxationen, kann eine langwierige Versteifung, verbunden mit Deltoidesabmagerung, Schmerzen etc. zurückbleiben, die nicht auf intraartikulären Abnormitäten beruht, sondern auf einer bindegewebigen Veränderung der Schleimbeutel unterhalb des Deltoideus und des Akromion. Für diesen Zustand hat Duplay den Krankheitsbegriff und Namen einer Periarthritis humeroscapularis aufgestellt und zur Stütze seiner Lehre 3 Sektionsbefunde bei Pat. mitgetheilt, die an zufälligen anderen Leiden gestorben waren. Die kranken Schultern zeigten keine Spur eines Schleimbeutels zwischen Deltoideus und Gelenk. Es handelt sich also um eine Unbeweglichkeit des Armes in Folge der Schulterschleimbeutelerkrankung, eine Affektion, die, wie C. an 40 klinischen Pat. als Assistent von Küster und 5 Fällen seiner Privatpraxis erfuhr, fast nur bei solchen Leuten sich ausbildet, die es an gutem Willen zur selbstthätigen Wiederübung ihres Gelenkes fehlen lassen (Renteninteressenten), während sie bei intelligenten und gutwilligen Leuten sich gar nicht einstellt oder doch bald beseitigt werden kann. Die Krankheit, welche klinisch außer durch die ankylotischen Erscheinungen sich durch Druckempfindlichkeit

in der Gegend der Schleimbeutel charakterisiren soll, ist therapeutisch mit forcirter Mobilisirung Zwecks Sprengung der Verwachsungen an den Schleimbeuteln anzugreifen, wozu meist Narkose nöthig sein wird, hinterher Massage und Gymnastik.

(Nach C.'s Ausführungen scheint dem Ref. die Lehre von dieser »Periarthritis« noch einiger beweiskräftiger Bestätigungen zu bedürfen. Jedenfalls bedürfte der Duplay'sche Krankheitsname eines Ersatzes durch einen bezeichnenderen.) **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **N. A. Ssokolow.** Schulterverrenkung und Syringomyelie.

(Wratsch 1899. No. 27. [Russisch.])

S. wendet die Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen der Schulterverrenkung bei Syringomyelie: in kurzer Zeit beobachtete er 2 Fälle von scheinbar rein traumatischer Verrenkung, wobei aber die genauere Untersuchung das typische Bild der Syringomyelie aufwies. Da dieses Zusammentreffen auch eine große Bedeutung für die Praxis hat (bei der Brüchigkeit der Knochen bei Syringomyelie darf beim Einrenken keine zu große Kraft angelegt werden), muss bei jeder Schulterverrenkung an das mögliche Vorhandensein der Syringomyelie gedacht werden. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

12) **C. Hübscher.** Über den Cubitus valgus femininus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 445.)

H. theilt außerordentlich kennenlernenswerthe Messungen und Betrachtungen über die winklige Armachsenbiegung im Ellbogen, besonders beim weiblichen Geschlechte, mit, ein Gegenstand, der, bislang weder genügend bekannt noch gewürdigt, ein nicht nur chirurgisches, sondern auch ein nicht geringes allgemein-anthropologisches Interesse hat. Dass bei gestrecktem Arme der Vorderarm mit dem Oberarme einen mehr oder weniger großen nach außen offenen Winkel bildet, dass also der Ellbogen eine gewisse ganz normale Valgität besitzt, hat zuerst Mikulicz festgestellt. Weitere Studien von Braune und Kyrland, Hultkrantz und Rieffel haben das bestätigt. H.'s eigene Messungen, 225 an der Zahl, wurden an 125 Individuen, 50 männlichen und 75 weiblichen Geschlechtes, in den verschiedensten Lebensaltern stehend, vorgenommen. Mit dem von ihm konstruirten Winkelmaße las H. den fraglichen Winkel (nicht den nach außen offenstehenden stumpfen, sondern den inneren, spitzen Komplementärwinkel) ab. Der Winkel ist häufig auf beiden Seiten etwas verschieden, wobei meist der größere Winkel auf die linke Körperseite entfällt. Vor der Pubertät zeigen beide Geschlechter eine etwa gleich große Ellbogenvalgität, deren Winkel 0° (selten), 1°—6° und 10° beträgt. Nach Eintritt der Pubertät vergrößert sich der Ellbogenvalguswinkel beim Weibe mit ganz geringen Ausnahmen über 10° und erreicht Größen von 15—25°. Diese Eigenthümlichkeit bildet also einen typischen weiblichen Geschlechtscharakter und bedarf einer

genetischen Erklärung. Um diese zu finden, untersuchte H. männliche und weibliche Armskelette vergleichungsweise und stellte fest, dass dem weiblichen Humerus im Vergleiche zum männlichen am unteren Ende eine Abweichung der Knochenachse nach außen zukommt. Die Armdiaphyse »verlässt an der Grenze des mittleren und unteren Drittels ziemlich plötzlich den männlichen Schaft (die gerade vertikale Richtung), um sich in sanftem Bogen nach außen zu wenden«. In dieser Diaphysenverbiegung beim Weibe also ist dessen typischer Cubitus valgus begründet — die Gelenkachsenstellung im Ellbogen an sich und der Bau der Vorderarmknochen ist bei beiden Geschlechtern gleich. Da die fragliche Geschlechtsdifferenz mit der Pubertät einsetzt, wird sie muthmaßlich mit anderen gleichzeitig sich entwickelnden Geschlechtsunterschieden in Zusammenhang sein, und H. stellt die sehr plausible Vermuthung auf, dass die bei der Reifeentwicklung des Weibes sich einstellende Beckenverbreiterung sie dadurch hervorrufe, dass der hängende Arm am breiteren Becken auf Hindernisse stößt und desshalb sich auswärts biegt, während beim Manne, bei dessen die Beckenbreite übertreffender Schulterbreite der Arm frei herabhängen und pendeln kann, also keinen Anlass zur Valgusbildung vorfindet. H. giebt eine weibliche Normalfigur nach Froriep, in der diese Verhältnisse gut ersichtlich sind, ja sogar durch die typischen Größenmaße der weibliche Ellbogenvalguswinkel ganz richtig mathematisch berechenbar ist. Außerdem meint H., dass durch die Zugwirkung der radialen humero-antibrachialen Beugemuskeln eine Valgusstellung im Ellbogengelenk begünstigt würde. Diese Zugwirkung ist am größten bei Flexionsstellung des Ellbogens, und diese ist, wie H. meint, die vom weiblichen Geschlechte bevorzugte, (? Ref.). 2 pathologische Fälle sprechen jedenfalls für diese »Zugtheorie«. 2 Kinder zeigten an ihren Arme mit Ellbogenflexionskontraktur bezw. mit Lähmung der Extensoren einen excessiven Cubitus valgus von 35° bezw. 39°. Einen klinischen Beleg andererseits für die erste Erklärungsart, »die Seitendrucktheorie« geben die Befunde bei Skoliosen. Auf der Seite des Rippenbuckels hängt hier der Arm frei herab und bleibt fast gerade, auf der anderen geräth er beständig in Kollision mit der vorspringenden Beckenschaufel und erwirbt einen ausgesprochenen Cubitus valgus.

Praktisch beanspruchen die Armachsenwinkel am Ellbogen in der Chirurgie bei Behandlung der Ellbogenbrüche volle Beachtung. Man hat vor Allem das unverletzte Glied zu vergleichen und thut gut, den ersten Verband bei Ellbogenextension anzulegen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **R. Bunge.** Zur operativen Behandlung der veralteten irreponiblen Luxationen im Ellbogengelenke.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Auf Grund von 17 in der v. Eiselsberg'schen Klinik behandelten Fällen veralteter Ellbogenverrenkungen bespricht Verf. die für solche

Erkrankungen zweckmäßige Therapie, als welche er das konservative Verfahren ansieht gegenüber der zumeist geübten Resektion des Gelenkes. Er sieht dem entsprechend die blutige Reposition als das normale Idealverfahren an, welches in den meisten Fällen zu einem guten Resultate bezüglich der Beweglichkeit und Arbeitsfähigkeit der Verletzten führte.

Aus den Krankengeschichten, wie den epikritischen Bemerkungen geht hervor, dass die Ellbogenverrenkung sehr häufig mit Absprengung von Knochenstücken verknüpft ist, viel häufiger als man das bisher annahm. Da die Knochenfragmente meist nicht abzutasten sind, kann nur das Skiagramm oder die Operation ein deutliches Bild solcher Läsionen geben. Derartige Absprengungen erklären übrigens auch den Umstand, dass nach unblutigen Repositionen frischer Fälle bisweilen schwere Bewegungsbeschränkungen auftreten. B. führt als Kuriosum ferner einen Fall an, bei dem trotz Entfernung der Knochensplitter sich starke Knochenneubildung zeigte. Ref. kann das Vorkommnis bestätigen, da er bei einem analogen Falle eine außerordentlich beträchtliche Knochenbildung sah, welche sich sogar nach Resektion des Gelenkes wiederholte und erst sistirte, nachdem das Gelenk in der chirurgischen Abtheilung Rehn's mehrfach resecirt war. Das Endresultat war übrigens zum Schlusse ein ideales. Mit Recht führt Verf. solche Ereignisse auf Periostversprengungen zurück.

Eine große Bedeutung für den Enderfolg haben übrigens die mit der Verrenkung oft kombinirten suprakondylären Frakturen, in so fern sie Streckhemmungen oder Reluxationen verursachen.

Die von dem Verf. empfohlene Operationsmethode besteht in der Anlegung eines radialen ev. dazu auch noch eines ulnaren Längsschnittes, von dem aus unter Blutleere eine vollkommene Skelettirung der Knochengelenkenden vorgenommen wird, bis nach Exstirpation von Narben, Knochensplittern, organisirten Blutgerinnseln die Bewegung im Ellbogengelenk vollkommen frei geworden ist. Diese Bloßlegung der Gelenk- und Knochenflächen hat keinen Nachtheil, sofern sie mit Schonung des Periosts geschieht. Die seitlich angelegten Schnitte vermeiden eine Schädigung des Streckapparates und eine Resektion des Olekranon. Dieser Umstand ist aber sehr wichtig, in so fern er einen frühzeitigen Beginn der Nachbehandlung möglich macht, welche schon am 3.—5. Tage mit passiven Bewegungen einsetzen kann. Zur Unterstützung dienen in dieser Zeit ganz besonders auch die Heusner'schen Schienen. Aseptisches Verfahren, exakteste Blutstillung und zweckentsprechende Nachbehandlung führten bei einer großen Zahl der Fälle zur normalen Gelenkfunktion zurück.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **E. Kirmisson.** Des luxations soudaines au cours de la coxalgie.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 1.)

In verhältnismäßig kurzer Zeit hat K. 4 akute Verrenkungen, davon 3 in ca. $1^1/_2$ Jahre, im Verlaufe der Coxitis beobachtet, zum Theil bereits publicirt, und glaubt, dass bei gehöriger Aufmerksamkeit diese noch selten gemeldete Komplikation sehr viel häufiger beobachtet würde. Natürlich handelt es sich dabei nicht um den Process der Pfannenwanderung, sondern um richtige, den durch äußere Gewalt erzeugten gleichzustellende Luxationen. Betroffen waren 3 Mädchen im Alter von 11—14 Jahren und 1 Knabe von 6 Jahren im Beginne der Erkrankung, 1—2 Monate danach, was von wesentlicher Bedeutung ist, da zu dieser Zeit die Gelenkumfassung noch verhältnismäßig unversehrt ist. Die Verschiebung der Gelenkknochen tritt mit einem Rucke unter heftigen Schmerzen ein, das untrügliche Kennzeichen der eben geschehenen Luxation, wodurch für die Therapie — die sofortige Einrichtung — und Prognose der letzteren, d. h. die Erhaltung der Stellung gegenüber der pathologischen Luxation der Anhalt gegeben ist. Natürlich hängt das Endergebnis der Behandlung von dem Fortschreiten des Grundleidens ab.

Herm. Frank (Berlin).

---

15) **A. Hoffa.** Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten.

(Festschrift zur Feier ihres 50jährigen Bestehens herausgegeben von der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg.)

Würzburg, **Stuber's** Verlag (**C. Kabitzsch**), 1899.

Nach einem kurzen Überblicke über die historische Entwicklung der Osteotomie so wie über die allgemeine Technik und Prognose dieser Operation bespricht H. in dieser Arbeit, unter Hinzufügung kurzer Krankengeschichten der von ihm operirten Fälle, die Erfahrungen, welche er mit der Osteotomie bei coxitischen und ähnlichen Deformitäten, bei einseitiger Luxatio coxae congenita älterer Personen und endlich bei gewissen Fällen von Coxa vara gemacht hat. 5 photographische Tafeln illustriren die Befunde vor und nach der Operation. Für die erstgenannten Deformitäten empfiehlt H. die Meißelresektion des Gelenkes bei vollständiger knöcherner Ankylose und nicht zu starker Verkürzung, und erstrebt durch sorgfältigste Nachbehandlung ein bewegliches Gelenk, besonders bei doppelseitiger Ankylose; ist der Schenkelschaft hoch am Becken in die Höhe gerückt, und besteht zwischen Oberschenkel und Becken nur eine schmale, brückenförmige knöcherne Verbindung, so ist die Osteotomia pelvitrochanterica am Platze. Die Osteotomie des Schenkelhalses kommt bei den coxitischen Deformitäten kaum in Betracht, da ein Schenkelhals selten mehr vorhanden ist. Handelt es sich bei nicht zu verbildetem oberen Femurende wesentlich um Ausgleich der Flexions- und Adduktionskontraktur, so ist die lineäre subtrochantere Osteo-

tomie zu empfehlen; Keilosteotomien sind meist entbehrlich. Bei starken Verkürzungen gelingt es durch die schiefe subtrochantere Osteotomie Verlängerungen des Beines bis 5 cm zu erzielen. In allen diesen Fällen wird die Wirkung der Osteotomie, wenn nöthig, durch subkutane Tenotomie der spannenden Weichtheile unterstützt.

Für die Fälle von einseitiger angeborener Hüftverrenkung, die das 10. Lebensjahr überschritten haben, empfiehlt H. aufs wärmste die schiefe subtrochantere Osteotomie, deren Technik er genau beschreibt. Seine Resultate mit derselben sind sehr gute.

Endlich redet er für die operative Behandlung der Coxa vara der subtrochanteren Osteotomie gegenüber der Osteotomie im Schenkelhalse das Wort, wie sie ja auch von vielen anderen Operateuren entschieden vorgezogen wird.

R. v. Hippel (Dresden).

16) **M. Phocas.** Flexion congénital du genou.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 1.)

6 eigene und einige Beobachtungen aus der Litteratur geben dem Verf. den Stoff zur Zeichnung des klinischen Bildes des oben bezeichneten Leidens. Die Kinder stellten sich ihm im Alter von 1 Monate bis 5 Jahren vor, 5 davon waren Erstgeburten, und allerlei Zufälle werden aus der Schwangerschaftszeit berichtet. Die äußeren Erscheinungen verstehen sich ziemlich von selbst; das Leiden kommt häufiger doppelseitig vor und ist mit anderen Bildungsfehlern, Kontrakturen der Füße und der anderen Gelenke fast immer vergesellschaftet; auch die oberen Extremitäten sind zuweilen verbildet. Es fehlen auch nicht Spuren amniotischer Einwirkungen. Der Oberschenkelknochen ist dabei in der Epi- oder Diaphyse oft verkrümmt, die Autopsie zeigt auch fehlerhafte Bildung der Gelenkflächen. Die Pathogenese ist nicht bestimmt, jedenfalls handelt es sich wohl um Verbildungen durch die Lage im Uterus. Wichtig ist nur, dass es sich nicht bloß um Muskelverkürzungen handelt, sondern dass alle Gewebe an der Verbildung Theil nehmen, und danach ist auch die Therapie einzurichten. Es besteht regelmäßig keine Muskellähmung, sondern es handelt sich nur um atrophische Zustände. Einfache Tenotomien, Elektrisationen nutzen nichts, da die festeren Theile, Fascien, Knochen, nicht nachgeben. Man muss mit allmählich redressirenden Apparaten, Osteotomien, Gymnastik, ev. mit der Osteoklasie diese Verkrümmung ausgleichen.

Herm. Frank (Berlin).

17) **W. J. Walsham.** Remarks on the operative treatment of various internal derangements of the knee-joint.

(Brit. med. journ. 1899. Juli 29.)

W. tritt für eine frei explorative Eröffnung des Kniegelenkes in gewissen Fällen von Distorsionsverletzung desselben ein — 2mal ist es ihm durch den Explorativschnitt gelungen, freie Gelenkkörper, die vorher nicht gefühlt, nur vermuthet worden waren, auf diese Weise zu entfernen und Heilung herbeizuführen. In beiden Fällen handelte



es sich um Stücke der Semilunarknorpel, die, losgerissen, sich in der Fossa intercondyl. zwischen den Kreuzbändern verkrochen hatten. In Fällen von Abreißung der Semilunarknorpel, in denen die gewöhnlichen Symptome — plötzliche Hemmung bei der Bewegung und deutliches Vorspringen des abgerissenen Knorpelstückes — nicht vorhanden waren, und nur ein eigenthümliches plötzliches Knacken in der Gegend der inneren Gelenkpartien, geringe Bewegungsbeschränkung, vielleicht noch Druckempfindlichkeit der betreffenden Gegend auf die Verletzung hinwies, hat er ebenfalls durch Eröffnung des Gelenkes und Entfernung des halbmondförmigen Knorpels, der in einem Falle in sich selbst zusammengebogen war und bei jeder Beugung wie eine Feder nach hinten schnellte, Heilung erzielt.

Auch in den Fällen von hypertrophischen Gelenkzotten, bei denen es besonders in halber Beugestellung des Gelenkes durch leichte Drehung des Unterschenkels zur Einklemmung kommt, hält W. die Operation für indicirt.

In allen Fällen operirt W. aber nur, wenn ein die Bewegungen des Gelenkes auf Streckung und Beugung beschränkender Apparat nichts hilft oder die Beschäftigung der Pat. eine freie Bewegung des Gelenkes erfordert, die Beschwerden derart sind, dass die Patt. in ihrer Beschäftigung gestört sind. Als Weg zur Eröffnung des Gelenkes benutzt er die Durchsägung der Kniescheibe. Besonderen Werth legt er auf tadellose Aseptik, peinliche Blutstillung, exakte fortlaufende Naht der eröffneten Kapsel und Synovialmembran, absolute Ruhigstellung des Gelenkes (für 14 Tage) — frühzeitige passive Bewegungen und Massage, am Ende der 2. Woche beginnend. Bei Verlängerung des Ligamentum patellae, das ähnliche Symptome macht wie die bisher genannten Affektionen des Kniegelenkes, wobei aber der gelegentliche Fall des Pat. durch ein momentanes Hinübergleiten der Kniescheibe über den Condylus externus herbeigeführt wird, empfiehlt W. die Transplantirung des Tibiahöckers um 1 bis $1^1/_2$ cm abwärts und Fixirung durch einen Elfenbeinstift. W. hat durch diesen Eingriff in einigen Fällen Heilung erzielt, während ihm die Verkürzung des Ligaments durch Excision und Naht in Folge Durchschneidens der Nähte versagte. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

18) **C. Lauenstein.** Eine typische Absprengungsfraktur der Tibia.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 477.)

L. beobachtete in 4 Fällen folgende Absprengungsbruchform an der Tibia. Aus ihrer Vorderseite über dem Fußgelenke wird ein plattes Stück ausgebrochen, dessen Basis unten liegt und der Breite der Tibia entspricht, während es sich nach oben zu verjüngt, und sei es spitz wie ein Dreieck oder stumpf resp. abgeschnitten, wie ein Trapez, endet (cf. 3 Zeichnungsskizzen im Originale). Die Basis des abgesprengten Stückes haftet an der Gelenkkapsel. Um diese Be-

festigung kann sich das Stück drehen, nach vorn, auch nach außen, vor die Fibula. In diesen Fällen giebt es nach Konsolidirung der gleichzeitig vorhandenen Schaftbrüche der Tibia bezw. Fibula ein Bewegungshemmnis für das Fußgelenk, auch kann die scharfe Kante ein Ulcus prominens bewirken. L. hat desshalb in seinen Fällen Veranlassung genommen, das Fragment zu exstirpiren. Fall 1 und 2 sind mit beweglichem Gelenke geheilt; Fall 3, durch Phlegmone komplicirt, mit Ankylose; Fall 4, schwere, ebenfalls nicht aseptisch bleibende komplicirte Fraktur, musste amputirt werden. Wahrscheinlich entstehen diese Absprengungen durch indirekte Gewalt, und zwar bei forcirter Dorsalflexion oder Supination, wobei die Talusrolle an das untere Tibiaende gegenstößt. Die Diagnose der Verletzung wird durch Blutergüsse namentlich bei fehlender Dislokation oft erschwert sein und desshalb Röntgenbilder zur Sicherung bedürfen. Therapeutisch empfiehlt sich im Allgemeinen die Entfernung des Fragmentes, die allerdings die Asepsis gefährdet. In der Litteratur fand L. die Verletzung früher nur bei R. Volkmann erwähnt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mittheilungen.

19) 67. Annual meeting of the brit. med. association held at Portsmouth August 1—4. 1899.

Section of diseases of children.

(Brit. med. journ. 1899. August 19.)

Edmund Owen: United fracture in childhood.

Nach einer Zusammenstellung d'Arcy Power's betrafen unter 72 nicht konsolidirten Brüchen langer Röhrenknochen bei Kindern 45 Tibia und Fibula (62,5%). O. wirft nun die Frage auf, was der Grund der mangelhaften Konsolidirung ist, warum auch die sorgfältigste operative Behandlung — Anfrischung, Naht der Bruchenden etc. — stets nur von einer fibrösen Vereinigung der Bruchenden gefolgt ist, so dass häufig die Amputation angeschlossen werden muss. Einige Male wurde Atrophie des unteren Bruchendes bei der Operation vorgefunden, und O. ist nicht abgeneigt, eine krankhafte Beschaffenheit des Knochens für das leichte Zustandekommen des Bruches, für die mangelnde Konsolidirung (mit und ohne Behandlung) verantwortlich zu machen. Nach seiner Ansicht ist es wohl möglich, dass eine Störung in den Vorderhörnern der grauen Substans des Rückenmarkes und consecutive trophische Störungen an der Erkrankung Schuld sind. Einen Beweis dafür kann er nicht bringen, da Serienquerschnitte des Rückenmarkes von Pat. mit solchen nicht konsolidirten Frakturen noch nicht ausgeführt worden sind.

A discussion on the treatment of pleuritic effusion in childhood giebt H. Betham Robinson Gelegenheit, über die chirurgische Behandlung des Empyems bei Kindern zu sprechen. Er hält Incision, und zwar mit Rippenresektion, und Drainage für das Richtige. Er hat in über 100 Fällen mit Vortheil in der mittleren Axillarlinie an der 6. Rippe die Resektion und Incision vorgenommen und war mit dem Resultate der Drainage an dieser Stelle stets zufrieden. Irrigation der Pleura hält er nur bei septischer Beschaffenheit des Ergusses für angezeigt, eine baldige Entfernung des Drains für erwünscht.

Edmund Owen ist der Ansicht, dass nicht alle Empyeme in gleicher Weise behandelt werden sollten, dass bei einer großen Anzahl auf die Drainage verzichtet und die Wunde geschlossen werden könne.

H. Betham Robinson weist auf die Schwierigkeit hin, die Fälle, die sich für diese Behandlung eignen, herauszufinden. In Fällen, wo bei der Operation nach Entleerung des Eiters sich die Lunge sofort bis in den Bereich der Wunde ausdehnte, hat er mit Erfolg auf die Drainage verzichtet.

A. H. Tubby: An operation for the relief of contraction of the fore arm and hand following infantile hemiplegia.

T. hat bei Beugekontraktur der oberen Extremität in Folge infantiler Hemiplegie eine Sehnentransplantation ausgeführt, welche den Zweck hat, die beugende und pronirende Kraft (an Vorderarm und Hand) in eine supinirende zu verwandeln. Die Hauptursache für die Gebrauchsunfähigkeit des Gliedes sieht er in der excessiven Pronationsstellung; desshalb erscheint ihm die Durchtrennung der Bicepssehne am Ellbogen, da der Muskel ein Supinator ist, irrationell. Um zunächst also die Pronation zu beseitigen, hat er von einem Schnitte in der Mitte des Vorderarmes aus, wie zur Unterbindung der Radialarterie, den Pronator teres freigelegt, seinen Ansatz am Radius gelöst, in der Membrana interossea am inneren Rande des Flexor pollicis longus eine Öffnung angelegt, durch diese die freigemachte Pronator teres-Sehne mittels Aneurysmanadel hindurchgezogen, dicht um den Radius herumgeführt und an der alten Insertionsstelle befestigt. Dadurch wurde die Wirkung des Pronator teres in eine supinirende verwandelt. Zur Bekämpfung der Flexionsstellung lässt T. diesem Akte der Operation eine Durchschneidung der Sehnen des Flexor carpi radialis, des Flexor sublimis, des Palmaris longus, Flexor carpi ulnaris, und wenn der Daumen stark eingeschlagen, auch des Flexor pollicis longus am Handgelenke folgen. Der Verband wird in Streckstellung im Ellbogengelenke, Supination und Beugestellung des Handgelenkes angelegt; nach 8 Tagen wird mit der Überführung der letzteren in Streckstellung begonnen. T. hat 2mal die Operation mit großem Erfolge ausgeführt.

A discussion on the treatment of hernia in children.

John Laugton bemerkt in seinem einführenden Vortrage, dass es sich bei den Hernien im Kindesalter, d. h. bis zum Alter von 10 Jahren, praktisch nur um die inguinale Form handeln könne, da Schenkelbrüche nur etwa 0,3% aller Brüche im Kindesalter ausmachten. Knaben neigen mehr zu Hernien wie Mädchen; die rechte Seite ist weitaus häufiger betroffen, wie die linke, was mit der Beobachtung Camper's übereinstimmt, dass der Processus vagin. periton. bei der Geburt rechts beinahe stets offen gefunden wird, während er links nahezu immer geschlossen sei. In Bezug auf die Diagnose wird die Entscheidung oft schwer, ob der Bruch innerhalb der Tunica vaginalis des Hodens liegt oder nicht; auch mangelhafter Descensus oder Erkrankungen des Hodens oder des Samenstranges können diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Unter 1417 Brüchen bei Knaben unter 5 Jahren fand L. nur 15 Verlagerungen des Hodens, 5mal irreponibles Netz, 6mal eine angeborene Hydrocele des Hodens. Unter den Komplikationen, die einen Einfluss auf die Behandlung haben, ist vor Allem der Nabelbruch zu nennen, den er in nicht weniger wie 21% aller Inguinalhernien bei Kindern vorfand. Unter den prophylaktischen Maßnahmen stellt L. in erste Linie eine vernünftige Diät der Kinder, da eine Ausdehnung der Därme durch chronische Darmreizung eine ständige Dehnung der Bauchwände zur Folge hat. Der Circumcision erkennt L. weder einen vorbeugenden noch gar einen Heileffekt zu. Er ist der Ansicht, dass die Phimose kaum einen indirekten, geschweige denn einen direkten Einfluss auf die Entstehung der Hernien ausübt. Denn gerade die jüdische Rasse ist besonders mit der Anlage zu Brüchen behaftet. Muskelübungen, mit denen vom 3. Lebensjahre ab begonnen werden kann, sind als Prophylaxe sehr empfehlenswerth. Bezüglich der Bruchbandbehandlung verwirft L. völlig die wollenen Bruchbänder als in ihrer Wirkung unsicher. Sehr geeignet erscheinen ihm die mit wasserdichtem Stoffe überzogenen Federbruchbänder, deren Auswahl bezüglich Größe und Sitz aber eine besondere Sorgfalt zuzuwenden ist. Dieselben müssen Tag und Nacht getragen werden. L. lässt Kinder, unter 1 Jahre beginnend, das Bruchband gewöhnlich bis zum 4. Lebensjahre, Kinder von 3 bis

4 Jahren bis zum 10., ältere Kinder bis zur Pubertät tragen. Die Statistik lässt keinen Zweifel, dass Heilungen durch die Bruchbandbehandlung häufig sind. Unter 4910 Bruchkindern unter 10 Jahren betrafen das erste Lebensjahr 2322, das zweite 520, das dritte 480, das vierte 440, dann die folgenden Lebensjahre jeweils 260, 230, 200, 240, 120. Bei Komplikation mit Nabelbrüchen, die bei Knaben beinahe stets, bei Mädchen langsamer und unsicherer zur Heilung gebracht werden kann, ist stets zuerst der Leistenbruch einer Behandlung zu unterwerfen.

Eine operative Behandlung der Hernien bei Kindern sollte nach Ansicht L.'s, dringende Indikationen ausgenommen, nicht vor dem 5.—6. Lebensjahre eintreten. Bei geeigneter Bruchbandbehandlung ist aber die große Mehrzahl der Bruchkinder in diesen Lebensjahren schon als geheilt zu betrachten.

Als Indikationen zur Operation sind zu betrachten: Irreponibles Netz mit und ohne Flüssigkeitserguss, kongenitale Hydrocele, Incarceration, Flüssigkeitsansammlung im Bruchsacke, Unmöglichkeit, den Bruch mechanisch zurückzuhalten, Unfähigkeit der Angehörigen bei Anwendung des Bruchbandes und mangelnde Wirkung nach 3—4jähriger Bruchbandbehandlung.

Frederic Eve acceptirt die Indikationen L.'s zur Operation, möchte sie nur ausgedehnt wissen auf diejenigen Fälle jenseits des 1. Lebensjahres, welche mit mangelhaftem Descensus des Hodens komplicirt sind, und zwar desshalb, weil durch den Hochstand des Hodens die Heilung der Hernie direkt verhindert werden kann, und der Hoden selbst Erkrankungen zu sehr ausgesetzt ist. E. hat in 10 Jahren 29 Kinder operirt, darunter 17 unter 2, 5 unter 1 Jahre, 4mal wegen Einklemmung. Ein Todesfall wegen Diphtherie kann nicht auf Rechnung der Operation gesetzt werden. 20 von den operirten 29 Pat. konnte E. nachuntersuchen, 1 Pat. zeigte ein Recidiv. Bezüglich der Operationsmethode erwähnt E., dass er sich meist mit der Ligatur des Bruchsackhalses begnügt. Zur Vornahme derselben, möglichst hoch oben, spaltet er die Aponeurose des Obliq. ext. E. operirt nicht bei Kindern unter 1 Jahre, dringende Indikationen ausgenommen.

Robert Campbell ist der Ansicht, dass die Phimose sehr wohl eine Rolle beim Zustandekommen der Hernie spielen hann, indem sie den Urinabfluss behindert und damit zu einer Vermehrung des intraabdominellen Druckes bei der Urinentleerung führt. Wenn 2 Jahre ein Bruchband erfolglos getragen war, zeigte sich C. die Operation meist nothwendig. Bei Kindern unter 3 Jahren hält er die Operation nach Bank für genügend, bei älteren Kindern bevorzugt er die Bassini'sche Methode.

Richard H. Anglin Whitelocke empfiehlt operative Behandlung nur bei irreponibler, incarcerirter oder mit mangelhaftem Descensus komplicirter Hernie. Bei der Bruchbandbehandlung hält er die Regelung der Diät für sehr wichtig. Die Circumcision ist nicht in jedem Falle angezeigt.

George Heaton hat persönlich nie ohne dringenden Grund unter 4 Jahren operirt. Er hält die einfachste Operationsmethode, die Ligatur in der Gegend des inneren Leistenringes, für die beste.

Damar Harrison empfiehlt bei mangelhaftem Descensus das Herabziehen und Fixiren des Hodens im Hodensacke, was er 3mal mit gutem Erfolge ausgeführt hat; im Übrigen spricht auch er für möglichst einfache Operationsmethoden.

Edmund Owen spricht auch für die ursächliche Rolle der Phimosis und hat Heilungen der Hernie nach Circumcisionen gesehen. Eine Beschränkung der Operationsindikation durch Altersgrenze kennt er nicht. Vor der Torsion des Bruchsackes ist wegen der Gefahr einer Blasenverletzung zu warnen. Unentwickelte, nicht herabgetretene Hoden sind zu entfernen, im Übrigen bevorzugt auch O. möglichst einfache Operationsmethoden.

W. McAdam Eccles weist ebenfalls auf die Wichtigkeit der Diät bei der Bruchbandbehandlung hin. Die Operation ist bei mangelhaftem Erfolge durch Bruchband jenseits des 5. Lebensjahres stets zu empfehlen. Zur Unterstützung des Operationserfolges hält E. eine vorgängige Bruchbandbehandlung und Diätregelung für dienlich.

George Heaton: A successful case of splenectomy for rupture.
H. berichtet über einen 9jährigen Knaben, bei dem er nach Überfahrung die Diagnose auf schwere intraabdominelle Blutung stellte und $5^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle durch Laparotomie die zerrissene Milz exstirpirte und dadurch die Blutung zum Stehen brachte. Die Genesung zog sich sehr in die Länge. Die Blutuntersuchungen, die in der Rekonvalescenz vorgenommen wurden, ergaben eine deutliche pathologische Leukocytose, dem entsprechend eine Verminderung der Lymphocyten, ungeachtet einer leichten Hypertrophie der Lymphdrüsen, ein starkes Anwachsen der großen mononucleären Zellformen, das gegen die Theorie spricht, dass die Milz die Produktionsstelle dieser Zellen ist, eine abnorme Anzahl der sog. Übergangszellen und eine bemerkenswerthe Nichtbetheiligung der gewöhnlichen rothen Blutkörperchen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

20) **Nimier.** Fracture compliquée de l'avant-bras. Septicémie de microbes variés. Tétanos. Mort (Injection intracérébrale de sérum antitétanique).

(Bull. et mém. de la soc. de chir de Paris T. XXV. p. 228.)

Die ersten Zeichen von Tetanus zeigten sich bei dem 21jährigen Pat. 18 Tage nach dem Unfalle eines komplicirten Vorderarmbruches. N. machte sogleich eine subkutane Injektion von 60 ccm Antitetanusserum, injicirte Mittags 2 ccm Serum in jeden der beiden Stirnlappen, Abends nochmals 50 ccm subkutan. Der Trismus bestand noch weiter, während vom nächsten Morgen ab kein neues Zeichen von Tetanus auftrat. Auch der Trismus besserte sich in den folgenden Tagen etwas, doch starb Pat. 4 Tage nach seinem Beginn an fortschreitender septischer Allgemeininfektion. N. gewann den Eindruck, dass trotz des tödlichen Ausganges doch der Verlauf des Tetanus durch die gleichzeitige subkutane und intracerebrale Seruminjektion gehemmt worden sei. **Reichel** (Chemnitz).

21) **Gérard-Marchant.** Anévrisme de l'artère sous-clavière et du tronc innominé, guéri par la méthode de Brasdor.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 295.)

Lebhafte, sich bis zur Unerträglichkeit steigernde Schmerzen im rechten Arme bildeten die hauptsächlichsten subjektiven Beschwerden des 51jährigen Pat. Im Januar 1898 stellte Lancereaux ein Aneurysma der Art. subclavia von Nussgröße fest und versuchte eine Behandlung mit subkutanen Gelatineinjektionen; es wurden 22 Einspritzungen à 2% in den Oberschenkel gemacht, ohne Erfolg. Nach jeder Injektion trat Fieber auf; die Schmerzen ließen vorübergehend etwas nach; doch die Geschwulst wuchs weiter. Ende November 1898 fand G.-M. sie von der Größe eines großen Hühnereies; sie überragte vorn das Schlüsselbein. G.-M. hoffte, die Arterie nach außen von den Scaleni unterbinden zu können. Bei der Operation zeigte es sich, dass es sich nicht um ein Aneurysma der Art. subclavia, sondern der Anonyma handelte. Daher unterband G.-M. die Art. subclavia unterhalb des Schlüsselbeines und die Art. carotis communis und erzielte völlige Heilung ohne jede Störung. Ende Januar 1899 war der Sack in einen nicht pulsirenden, derben Knoten umgewandelt. **Reichel** (Chemnitz).

22) **Collin.** Anévrysme artérioso-veineux fémoral. Quadruple ligature et extirpation du sac. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 283.)

Ein 29jähriger Leutnant hatte am 4. December 1897 einen Revolverschuss in den rechten Oberschenkel erhalten. Das Geschoss war von außen nach innen gedrungen, wurde am 6. Tage vom Pat. 4 cm unterhalb der Gesäßfalte unter der Haut gefühlt und am 9. Tage leicht entfernt. Am 20. December bemerkte der Kranke, als die Wunden fast geschlossen waren, beim Auflegen der Hand auf die Vorderseite des Oberschenkels ein Geräusch. Es handelte sich um ein An-

eurysma arterioso-venosum an der Spitze des Skarpa'schen Dreiecks. Am 3. Januar 1898, also 1 Monat nach der Verletzung, exstirpirte C. den Aneurysmasack nach Unterbindung der Arterie und Vene. Der Sack wurde von der gemeinsamen Gefäßscheide gebildet, erreichte seiner Ausdehnung nach kaum die Größe eines 2 Francsstückes. Glatte Heilung. Pat. wurde wieder dienstfähig.

Reichel (Chemnitz).

23) **B. S. Koslowski.** Osteomyelitis proliferans chronica.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. No. 6.)

Unter 60 Fällen von Osteomyelitis traf K. die obengenannte Krankheit 3mal: 1) 43jähriger Mann, rechtes Femur sarkomartig verdickt; man nahm Sarkom an, doch verweigerte Pat. die Operation und wurde anderswo antiluetisch behandelt und ohne Operation geheilt. 2) 85jährige Frau, seit 4 Monaten Schwellung des linken Ellbogens. Schnitt durch ein 3fingerdickes, speckiges Gewebe; spärlicher jauchiger Eiter, nekrotische Ulna, kein Sequester. Nach 1 Jahre fast geheilt. 2) 9jähriger Knabe, 6 Monate Anschwellung des linken Femur. Operation und Befund wie bei 2), ganze Femurdiaphyse nekrotisch, wird aber nicht entfernt; langsame Besserung, nach 5 Monaten entzog sich Pat. weiterer Beobachtung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

24) **R. Sainton.** Sur un nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

9jähriger Knabe, das rechte Schulterblatt steht 5 cm höher, schief gerichtet, am spinalen Rande ein Knochenauswuchs. Wie gewöhnlich ist eine Skoliose dabei, aber sie scheint unabhängig von der Deformität des Schulterblattes; sie ist links konvex, sehr langgestreckt über den ganzen Dorsaltheil der Wirbelsäule, ohne Rippendeformität, und ist im Verhältnisse zu der recht beträchtlichen Abweichung des Schulterblattes sehr gering ausgeprägt. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **L. Monnier.** Sur un nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

26) **M. Jouon.** Nouvel exemple de refoulement congénital de l'omoplate par en haut.

(Ibid. No. 3.)

Der zuerst berichtete Fall bei einem 4jährigen Knaben ist kein »neuer«; denn er wurde schon im Jahre 1885 in der Verneuil'schen Station beobachtet und ist da auch operativ zu mehreren Malen mit mäßigem Erfolge behandelt worden, da eine Muskelretraktion angenommen wurde. Neben den sonst üblichen Erscheinungen ist damals hier auch eine Knochendeformation am oberen Rande — analog den Beobachtungen von Sprengel und an die »Exostose« von Kölliker und Kirmisson erinnernd —, bemerkt. — Der 2. Fall ist der 6. aus Kirmisson's eigener Beobachtung und nur kurz mit seinen äußeren Merkmalen wiedergegeben.

Herm. Frank (Berlin).

27) **R. Sainton.** Note sur un cas de surélévation congénitale de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 1.)

In diesem neuen Falle von Hochstand des Schulterblattes — dem fünften aus Kirmisson'scher eigener Beobachtung — handelt es sich um einen 26jährigen Mann von sehr kleiner Statur, multiplen Skelettbesonderheiten, kongenitaler Hüftluxation, Pes talo-valgus und Atrophie der linken Unterextremität und neuerlich auftretenden nervösen Symptomen. Was diese Beobachtung aber besonders bemerkenswerth macht, ist die Aufdeckung eines knöchernen Auswuchses vom me-

dialen Rande des Schulterblattes im Röntgenbilde. Es ist ein langgestreckter, dem Schlüsselbeine ähnlich gekrümmter Fortsatz, welcher eine Verbindung herstellt zwischen der Wirbelsäule und dem Schulterblatte, ungefähr in der Höhe der Spina, wobei sich hier etwas Ähnliches wie eine Gelenkflächenverbindung im Bilde an einer Stelle darstellt. Dieser Knochen mag die Kölliker'sche Exostose sein, ist aber bisher in dieser Form in seinen Einzelheiten noch nicht erkannt worden.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Tuffier.** Paralysie radiculaire totale du plexus brachial, par chute sur le moignon de l'épaule.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 11 u. 14.)

Ein 60jähriger Mann stürzte in Folge eines Schwindelanfalles auf ebener Erde zu Boden, blieb 2 Stunden bewusstlos, bemerkte nach dem Erwachen, dass seine rechte obere Extremität vollständig kraftlos und gefühllos war, abgesehen von der Schulter, die lebhaft schmerzte. Ein »Einrenker« diagnosticirte eine Luxation, richtete sie aber erst 8 Tage später ein, was sehr leicht gelang. Der Schmerz schwand; die motorische und sensible Lähmung blieb bestehen und veranlasste die Aufnahme ins Krankenhaus. T. diagnosticirte eine »totale Lähmung der Wurzeln des Plexus brachialis traumatischen Ursprunges« auf Grund folgender Erscheinungen: 1) vollständige Lähmung aller Muskeln des rechten Armes; 2) Anästhesie der ganzen Oberfläche des Gliedes mit Ausnahme der Innenfläche des Oberarmes und eines Theiles des Vorderarmes, wo die Haut für Stiche empfindlich blieb; 3) trophische Störungen der Muskulatur und der Haut (Schlaffheit und Atrophie der Muskeln, Abschuppung der Handfläche und Ödem der Haut des Handrückens); 4) Gelenksteifheit des Schultergelenkes, die erst seit einigen Wochen, d. h. seit dem Unfalle, bestand. — T. beschloss, die vermuthlich zerrissenen Nerven zu nähen, mehr als 2 Monate nach der Verletzung. Von einem vertikalen, von der Mitte des Schlüsselbeines entlang dem hinteren Rande des Musc. sternocleidomastoideus aus aufwärts geführten Schnitte aus suchte er die 4 unteren Halsnerven und den obersten Brustnerven auf, verfolgte sie bis zur Wirbelsäule, kniff die Tubercula anteriora der Querfortsätze mit schneidender Knochenzange durch und ließ die Nervenwurzeln aus ihrem Knochenkanale vortreten. Er fand alle Nervenwurzeln in ihrem außerhalb der Wirbelsäule gelegenen Abschnitte sehr dick, weiß, hart, besonders die 3 oberen. In ihrem innerhalb der Wirbelsäule gelegenen Theile fand er am 6. und 7. Halsnerven eine unter dem Neurilemm gelegene Einschnürung, zu beiden Seiten von Anschwellungen begrenzt, am 5. nur eine solche Anschwellung, am 8. eine diffuse Verdickung, aber ohne nennenswerthe Einschnürung. Reizung der Nervenwurzeln mit dem elektrischen Strome löste keine Bewegung an der oberen Extremität aus. Der Verlauf war ungestört, doch blieben motorische wie sensible Lähmung bestehen. Die Bloßlegung der Nervenwurzeln schildert T. als verhältnismäßig leicht. **Reichel** (Chemnitz).

29) **P. Berger.** Sur un cas d'endothéliome des os.

(Compt. rend. hebd. des séances de l'Aacad. des sciences 2. semestre. 1899. No. 22.)

B. beschreibt ein primäres Knochenendotheliom bei einer 54jährigen Frau, die zunächst mit Schmerzen im linken Oberarme erkrankte; es trat eine Spontanfraktur des Armes ein, und erst kurze Zeit nach dieser war das Auftreten einer Geschwulst zu bemerken. Exartikulation des Oberarmes. Noch während des Heilungsverlaufes trat im Bereiche der linken Stirnhälfte eine neue pulsirende Geschwulst auf, und bald darauf eine dritte in der linken Trochantergegend. Dem Erscheinen der Geschwülste gingen Schmerzen an den betreffenden Stellen voraus. Spontanfraktur des Oberschenkels; Kachexie; Hämaturie.

Nach B. gehören die Knochenendotheliome in die Reihe der plexiformen Geschwülste, ihre Bildung ist oft unabhängig von den Blutgefäßen, sie scheinen sehr oft von den Zellen der Lymphgefäße auszugehen. Ihr Wachsthum ist außer-

ordentlich rapid, sie zeigen meistentheils Pulsation; ehe sie noch klinisch zu diagnosticiren sind, führen sie oft schon zu Spontanfrakturen. Wegen ihres schnellen Wachsthums und ihrer Neigung zu Metastasenbildung ist die Prognose außerordentlich ungünstig. **H. Wagner** (Breslau).

30) **Ollier.** La résection dans la tuberculose du coude.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 140.)

Bei Obduktion eines an Carcinom verstorbenen Pat., dem er 1870 wegen Gelenktuberkulose das Ellbogengelenk resecirt hatte, gewann O. ein interessantes Präparat. Pat. hatte volle Gebrauchsfähigkeit des Armes mit vollständiger Streckung und Beugung wiedererlangt; die resecirten Gelenkenden hatten sich annähernd normal wiedergebildet, obgleich seiner Zeit 65 mm Knochen entfernt worden waren, 45 mm vom Humerus, 45 mm von der Ulna von der Spitze des Olekranon an gerechnet, 19 mm unterhalb des Olekranon, eben so viel vom Radius. Kapsel und Gelenkbänder waren erhalten worden. Die Muskeln, insbesondere Triceps und Brachialis, inserirten an normaler Stelle. **Reichel** (Chemnitz).

31) **Nélaton.** Subluxation du grand os.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

Fall auf die vorgestreckte Hand, auf die Enden der Metakarpalknochen bei stark gebeugtem Handgelenke. Fraktur des Os capitatum mit Subluxation des Os semilunare. Diagnose durch Röntgenphotographie in ihren Einzelheiten bestimmt. In diesem, wie auch in einem zweiten gleichen Falle, hatte 3 Monate nach der Verletzung die übliche Massage- etc. Behandlung den besten Erfolg — viel besseren, als ein blutiger Eingriff vermuthlich erzielt hätte.

Herm. Frank (Berlin).

32) **Matas.** Large perineural fibroma involving the entire sciatic nerve-sheath.

(Med. news 1899. December 9.)

Ein 22jähriger Mulatte litt seit dem 12. Jahre an einer Geschwulst des rechten Beines. Dasselbe war von der Glutäalfalte bis zu den Zehen verdickt. Die Verdickung war besonders ausgebildet an der Rückseite, sie lief spindelförmig zu; der Umfang war am größten in der Kniekehle. Das Wachsthum war sehr langsam. Seit 3 Jahren war die Beugung des Knies wegen der Ausfüllung der Kniekehle unmöglich. Über dem Knöchel ein oberflächliches Geschwür, sonst bestanden weder trophische, noch sensible Störungen.

Die Exstirpation war schwierig wegen der Verwachsungen und des Fehlens einer Kapsel. Es mussten 7,5 cm der Poplitealarterie und -Vene resecirt werden. Die Heilung wurde durch Gangrän der Zehen und der Hacke verzögert. Die Geschwulst erwies sich als Fibrom. **Strauch** (Braunschweig).

33) **F. A. Southam.** Two cases of ununited fracture in children.

(Med. chronicle 1899. November.)

7jähriges, gesundes Mädchen erlitt einen einfachen Bruch von Tibia und Fibula. Nach $4^1/_2$jähriger Behandlung (2malige Resektion und Silberdrahtnaht) ist die Vereinigung der Fragmente, wie aus beigefügtem Radiogramm ersichtlich, nur eine fibröse.

Amputation des Unterschenkels bei 6jährigem Knaben, bei dem im Alter von 2 Jahren wegen rachitischer Unterschenkelverkrümmung eine Operation (ob Osteotomie oder Osteoklasie ließ sich nicht mehr ermitteln) vorgenommen worden war. Eine knöcherne Vereinigung wurde nicht erzielt, auch 2 osteoplastische Operationen ließen im Stiche. Übrigens der einzige derartige Fall auf 80000 Kinder des Manchester clinical hospital. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

34) **C. Nélaton.** Ostéoclasie et ostéotomie. Un mauvais résultat de la première opposé à un bon résultat de la seconde.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 1.)

Verletzung des Oberschenkels dicht über dem Kniegelenke bei einer 33jährigen Frau, Anfangs anscheinend leicht verlaufend. Wegen neuer Beschwerden nach einigen Wochen wird das gleichzeitig bestehende Genu valgum als vermuthliche Ursache vermittels Osteoklasie in Angriff genommen. Total schiefe Verheilung mit Wackelgelenk. Ausgleichung der Difformität und Verkürzung der Extremität um 4,5 cm durch die schiefe Osteotomie mit Hennequin'scher Extension, Behandlung des Wackelgelenkes durch Gelenkschiene mit Herstellung guter Funktion. Die Osteotomie, gleich zuerst ausgeführt, hätte jedenfalls die Bänderzerreißung und das Wackelgelenk vermieden! **Herm. Frank** (Berlin).

35) **Lissauer.** Über einen Fall von willkürlicher Kniegelenksluxation nach Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 12.)

Ein 21jähriger Schlepper zog sich durch Verschüttung in einer Lehmgrube eine Verrenkung des linken Kniegelenkes zu. Nach der erst 5 Tage später vorgenommenen Reposition wurde ein Gipsverband angelegt und 4 Wochen liegen gelassen, worauf Pat. nach weiteren 14 Tagen als »gut gehend« entlassen wurde. Bald darauf stellten sich jedoch wesentliche Veränderungen am Kniegelenke ein, vermöge deren Pat., obwohl nur eine geringe passive seitliche Beweglichkeit des Gelenkes vorhanden und dasselbe auch nicht als Schlottergelenk zu bezeichnen war, sein linkes Kniegelenk im Stehen und Liegen willkürlich verrenken und dann reponiren konnte. Unter Illustration durch eine gewöhnliche Abbildung und durch ein Röntgenbild giebt Verf. eine nähere Beschreibung dieses Falles und der bei ihm eingeschlagenen Therapie. **Motz** (Hannover).

36) **E. Schwartz.** Résection de la région condylienne du fémur pour une tumeur à myéloplaxes, pseudarthrose consécutive guérie par l'électrolyse, résultat au bout de 4 ans $^1/_2$.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

Die Beobachtung zeugt von der Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Tuberkulose und Geschwulstbildung am Gelenke und ist ein Beispiel der Wirksamkeit der Elektrolyse zur Heilung einer nicht eingetretenen Konsolidation nach Resektion des Kniegelenkes wegen Sarkom, welches nach $4^1/_2$ Jahren noch recidivfrei befunden wird.

Die Krankengeschichte des zur Zeit der Operation 35jährigen Mannes beginnt $2^1/_2$ Jahre früher mit einem Falle auf das linke Knie. $^1/_2$ Jahr später Punktion des Blutergusses im Gelenke und Ausspülung mit Jodoformglycerin, mit folgender Kontrakturstellung. 2 Jahre später Fraktur der Kondylen nach einem Falle, welche bei Immobilisation nicht ausheilte. Bei der Resektion steht die Diagnose immer noch auf Tuberkulose; erst die mikroskopische Untersuchung des Präparates zeigt die typische Geschwulstnatur des Leidens; Tibia intakt. Die wiederum ausbleibende Konsolidation wird erzielt durch 6 Elektrolysen mit Applikation des positiven Poles (4 Nadeln) ins Gewebe (Le Fort) innerhalb eines Monates; Dauer der Sitzung 10 Minuten, 40—60 Milliampères Stromstärke. Volle Ausheilung in Konsolidation $4^1/_2$ Jahre später bei guter Funktion konstatirt.

Herm. Frank (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 10. März.** **1900.**

Über den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze. (Einheilung von Filigranpelotten.)

Von

Prof. **O. Witzel** in Bonn.

Die Versenkung von Drahtnähten, welche für Laparotomien und für die Operation von Unterleibsbrüchen im Jahre 1893 von M. Schede[1]

[1] Anmerkung. M. Schede theilt mir brieflich mit, er habe seit Jahren — unter Beibehaltung des bewährten Silberdrahtes als Nähmaterial — die Technik der Bauchdeckennaht nach Laparotomien so modificirt, dass er die ganzen Wund-

empfohlen wurde — ohne dass diese Empfehlung die allgemeine Beachtung gefunden hätte, die ihrer hohen praktischen Wichtigkeit entspricht —, ist von mir in den letzten Jahren in immer weiterem Umfange geübt worden; heute empfehle ich auf Grund bester Erfolge die Verwendung dichter Drahtnetze, die Versenkung von Filigranpelotten zum Schutze gegen die Entstehung von Bauchbrüchen, zur Abwehr von Bruchrecidiven.

Zur eingehenden theoretischen Beleuchtung des Verfahrens, zur Wiedergabe der Einzelerfolge ist hier nicht der Platz (vgl. darüber die Mittheilung in der Deutschen med. Wochenschrift); mit kurzer Begründung soll nur das technische Vorgehen kurz skizzirt werden.

Wenn die Meinungen über die Ausführung der Bauchnaht sonst auch weit aus einander gehen, in dem einen Punkte herrscht Übereinstimmung, dass ein tadellos aseptischer Wundverlauf Vorbedingung für den guten Erfolg ist. Wollen wir daher Fäden in der Wunde lange verweilen lassen, sie gar versenken, so dürfen wir nur Material wählen, welches, die stärksten äußeren Sterilisationsmaßnahmen vertragend, auch in seinem Inneren sicher keine Infektionskeime bergen kann. Dies gewährleistet der von Schede empfohlene Silberdraht, von dem wir außerdem nach Credé's Untersuchungen eine antiseptische Wirkung auf die Umgebung annehmen dürfen.

Des weiteren haben die Diskussionen über die Frage des Bauchverschlusses, die Statistiken (Winter, Abel) ergeben, dass die Erfahrung gebietet, die durchgreifende Naht zu verlassen und schichtweise zu nähen (»Laparoplastie« nach Pozzi). Insbesondere ist die mediane Kommissur der Rectusscheiden in sicherer Weise wieder herzustellen; die Eröffnung der Rectusscheide ist thunlichst zu meiden, jedenfalls auf eine Seite zu beschränken, und dann durch eine sorgfältige Naht wieder gut zu machen.

Die bisherige Ansicht, dass es sich um Gewinnung einer derben Narbenmasse zur Verhütung eines Bauchbruches handeln müsse, ist unzutreffend. Wir erkannten zuerst bei der Radikaloperation eines Bauchnarbenbruches, dass der Spaltraum der Bruchpforte geschaffen wird durch den Wechsel zwischen Kontraktion des Rectus, bei welcher er medianwärts und nach vorn durch den Schlitz der vorderen Rectusscheide sich wulstartig vorbäumt, — und der Erschlaffung, bei welcher er sich seitlich zurückzieht, event. sogar einen medialen Theil seiner Scheide freilassend; in Betracht kommt ferner die seitliche Zurückziehung der median oder im Bereiche der Rectusscheide durchtrennten Fascien durch die Wirkung der lateralen platten Bauchmuskeln.

---

ränder exkl. Cutis breit in die Naht fasse, nicht — wie früher — bloß die Rectusscheiden. Seit vielen Jahren nähe er alle Laparotomien so und sehe nie einen Bauchbruch. Richter.

Gelegenheit, sich von Beidem zu überzeugen, bieten Brechbewegungen während der Ausführung des medianen Bauchschnittes. — Die von Abel festgestellte Thatsache, dass die Bruchpforten schon sehr bald nach der Operation nachgewiesen werden können, findet durch die Beobachtung dieser Störung an der Commissura alba seine Erklärung; sie trifft übrigens auch für das Recidiv nach der Radikaloperation von Hernien zu.

Um die mediane Kommissur auch bei dickem Fettpolster der Betastung sicher zugängig zu machen, und sie nach der Durchtrennung des Panniculus als scharfe Leiste vorspringend zu haben, ziehen wir mit v. Bergmann u. A. bei Ausführung des Medianschnittes unterhalb des Nabels den Nabel mit einem Haken kräftig nach oben und vorn und machen dadurch ein unbeabsichtigtes Abweichen nach der Seite ziemlich unmöglich.

Für die Naht bei vorher normalen Bauchdecken ist die Wiederherstellung des elastischen Fascienschlusses Hauptsache. Die tiefe Schichtnaht, welche dieselbe besorgt, kann das Peritoneum und die Fascia transversa gleich mitfassen; sie nimmt auch die medialen Ränder der Recti, um eine primäre Ruhe dieser Störenfriede zu schaffen, in die queren Schlingen, welche in Abständen von $^1/_2$—$^3/_4$ cm von hinten nach vorn geführt werden; diese werden einfach mit den Fingern engspiralig zugedreht und ca. 1 cm lang abgeschnitten, da bei größerer Länge die Enden sich besser so lagern lassen, dass sie nicht stachelig wirken. Die besonders wichtige vordere Vereinigung der Fascie wird durch eine fortlaufende Naht mit feinem Silberdraht gesichert, der auch die Aufgabe zukommt, die in die Ebene der Bauchoberfläche abgebogenen Enden der queren Nähte niederzuhalten. Das schmale, so entstandene Netzwerk wird versenkt durch feine Silbernähte, welche die schon sehr genäherten Ränder der Hautwunde schließen.

Nach Medianschnitten bei vorher überdehnter Commissura alba (Rectusdiastase), nach Bauchschnitten außerhalb der Mittellinie, welche durch Retraktion getrennter Muskeln ein Loch, keinen einfachen Spalt ergeben, werden die tiefen, zu versenkenden Nähte nicht nur weit in die Muskelmasse hinein, sondern auch schräg sich kreuzend angelegt; in der Mittellinie kommt dazu die fortlaufende Fasciennaht, dessgleichen seitlich da, wo sich eine Fascie von genügender Stärke findet.

Der Verschluss von Bruchpforten durch versenkte Filigrannetze kam zuerst zur Anwendung in Fällen, wo Radikaloperationen, nach den plastischen Methoden von Macewen, Kocher, Bassini ausgeführt, keinen Dauererfolg gehabt hatten. Dichtmaschige Drahtnetze von entsprechender Form wurden in immer größerer Ausdehnung angelegt und als Filigranpelotten zur Einheilung gebracht.

Bei den Brüchen der Mittellinie geschah dies ohne Eröffnung des Bauchfelles; dieses wurde nur in geeigneter Weise mit-

gefasst, um todte Räume zu vermeiden. Das versenkte Netz soll in seinem Durchmesser im Allgemeinen wenigstens 3mal so groß sein, als die bloßgelegte Bruchpforte; je weiter man die Fäden führen kann, desto sicherer heilen sie ein, ohne durch Druck und Schnürung den Charakter der gefassten Gewebe zu beeinflussen (bei einem queren Narbenbruche der Blasengegend mit Durchmesser von 10 : 8 war das Netz handflächengroß). Die Ränder der Bruchpforte werden nur so weit genähert, als dies ohne stärkeren Zug möglich ist; den Rest der Lücke verschließt das dichte Maschenwerk der sich schräg, quer und der Länge nach kreuzenden Drahtfäden in sicherer Weise.

Beim Leistenbruche begreift das Netzwerk unten die ganze Dicke des Leistenbandes — nach Umstechung oder Verdrängung der Art. epigastrica —; es erstreckt sich von der Mittellinie weit über den Bereich des Leistenkanales seitwärts und lässt eine größere rhomboide Masche für den Samenstrang frei, durch welche derselbe, eben ungeschnürt, passirt.

Die Verhältnisse des Schenkelbruches sind etwas schwieriger durch die Nachbarschaft der Vena femoralis. Mit exakter Darstellung des Bruchkanales wird die Vene bloßgelegt; sie wird durch einen Finger oder eine kleine Kompresse nach außen gedrückt während der Anlegung des tiefen Netzes, das eine nach außen konkave Verlängerung des Lig. Gimbernati bildet; ein weitergreifendes, etwas oberflächlicheres Filigrannetz bildet die eigentliche Pelotte. Hier, wie auch sonst bei schwierigen Verhältnissen, streicht man zweckmäßigerweise die Bruchpfortenränder vor der Naht stumpf zurecht und umfasst sie rings mit einer Reihe von Klauenschiebern, um sie der Nadel gut entgegenheben zu können.

Von Schede und von mir wurde schon bei Einzeldrahtnähten gesehen, dass auch trotz des Auftretens einer Eiterung der Einschluss in die Granulationen, die spätere Narbe, sich vollzieht, so fern nur die Schlingen nicht ganz aus der Verbindung gelöst wurden. Unser größtes Drahtnetz heilte, trotz eines Fehlers in der Asepsis, ein nach ziemlich langdauernder Sekretion aus der Drainöffnung (wir haben später nicht mehr drainirt); bei den übrigen Operationen vollzog sich der Verschluss der Wunde stets ohne Störung über der versenkten Filigranpelotte. — Es liegt nahe, auf Grund dieser Thatsache für den heteroplastischen Verschluss von Schädeldefekten u. dgl. das Filigrannetz an Stelle der Celluloidplatten zu verwenden, bei denen ja die leichteste Störung der prima intentio die Einheilung vereitelt, und event. auch Filigranröhren zum Knochenersatz zu gebrauchen.

Bonn, 12. Februar 1900.

---

1) **F. König.** Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Bd. III. 7. Auflage.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1900.

Abermals liegt, nachdem dem 1. und 2. Bande jetzt der 3. rasch gefolgt ist, K.'s Lehrbuch in seiner 7. Auflage vollendet vor. Auch dieser letzte Band weist zahlreiche Ergänzungen und Änderungen auf, welche die wichtigeren der jüngsten Fortschritte auf dem Gebiete der Wirbelsäulen- und Gliedmaßen-Chirurgie berücksichtigen. Von diesen seien hier nur hervorgehoben die über Spondylitis traumatica, über Wirbelbrüche und -Verrenkungen (nach dem Werke von Wagner, Stolper), Skoliosenbehandlung, über das »für nicht zu alte ankylosirte Verkrümmungen der Wirbelsäule jugendlicher Individuen« im Princip anerkannte Calot'sche Verfahren, über die Laminektomie bei Lähmungen in Folge von Spondylarthrokace, über die Behandlung der angeborenen, der paralytischen und der irreponiblen Hüftverrenkung, über Coxa vara, über die Bier'sche Amputationsmethode, etc. Der Bedeutung der Röntgographie für die Diagnose der verschiedenen Affektionen wird allerorten gedacht, im Besonderen bei den Brüchen des Unterschenkels in der Diaphyse und der Knöchelgegend durch Wiedergabe der Reinhardt'schen Abbildungen. Sehr warme Empfehlung finden auch die Hessing-schen Verbände etc. So ist durch diese und viele andere Zusätze auch der 3. Band von K.'s specieller Chirurgie wieder auf den gegenwärtigen Standpunkt dieser Wissenschaft gebracht und wird mit seinen beiden Vorgängern vermöge der allgemein anerkannten Vorzüge des ganzen Werkes, dem Reichthum von K.'s eigenen Erfahrungen, dem sich in ihm spiegelnden großen Antheil seines Autors an dem Ausbau der Chirurgie bis in die allerneueste Zeit etc. gegenüber anderen Lehrbüchern und dem im Erscheinen begriffenen Handbuch der speciellen Chirurgie, obwohl diese die Litteratur noch vollständiger berücksichtigen, seinen hervorragenden Platz auch weiterhin behaupten können.

Kramer (Glogau).

---

2) **W. Anschütz.** Über den primären Wundverschluss ohne Drainage und die Ansammlung von Wundsekret in aseptischen Wunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Verf. beschäftigt sich mit der Frage, ob aseptische Operationswunden drainirt oder primär völlig geschlossen werden sollen. Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen, so wie der Erfahrungen, welche seit 3 Jahren in der v. Mikulicz'schen Klinik mit dem primären Wundverschlusse gemacht wurden, kommt Verf. zu dem Resultate, dass die Wunddrainage keinerlei wesentliche Vortheile vor dem völligen Verschlusse besitzt, dass sie weder im Stande ist, eine Ableitung allen Wundsekretes zu ermöglichen, noch vor primärer, lokaler Infektion in zuverlässiger Weise zu schützen vermag. Als Vortheile

des primären Verschlusses werden dagegen hervorgehoben: kürzere Heilungsdauer, volle Heilung unter einem Verbande, Unmöglichkeit einer sekundären Infektion vom Drainkanale aus. Die Nachtheile derselben bestehen nicht etwa in der Gefahr der Wundinfektion, sondern in einer meist unschuldigen Komplikation, der Ansammlung von Wundflüssigkeit. An dem Mammacarcinommateriale der v. Mikulicz'schen Klinik wird des weiteren dargethan, dass die praktischen Resultate des primären Wundverschlusses sehr vortheilhafte, ja bessere gewesen sind, als bei drainirten Wunden. Bezüglich der chemischen und bakteriologischen Untersuchungen Verf.s über Wundsekrete sei auf das Original verwiesen. **Honsell** (Tübingen).

---

3) **W. Bartlett.** On the proper closure of aseptic surgical wounds.

(Philadelphia med. journ. 1899. November.)

Die Frage der exakten Naht aseptischer Wunden, ohne Rücksicht auf ihren Sitz und ihre Ausdehnung, ist nach Verf. abhängig von einem zuverlässigen Nahtmateriale. Die Sterilisation und bisher gehandhabte Imprägnation der Seide, die dem Katgut vorzuziehen ist, entsprechen nicht diesen Anforderungen. Die Sterilisation ist unzuverlässig, und Sublimatseide wirkt sehr oft. reizend auf die Wunde. Nach Credé wendet Verf. jetzt die mit citronensaurem Silber präparirte Seide ausschließlich an und bezeichnet seine Resultate hinsichtlich der Vermeidung von Stichkanaleiterungen fast als ideale. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

4) **R. Minervini.** Über die baktericide Wirkung der Karbolsäure und ihren Werth als Desinfektionsmittel in der chirurgischen Praxis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Die Karbolsäure wird im Allgemeinen in chirurgischen Kliniken wenig mehr angewendet, häufiger aber noch in der Privatpraxis. Desshalb hielt es Verf. für angezeigt, nochmals Versuche über den Desinfektionswerth dieses Mittels anzustellen. Diese Experimente sind zum Theil in streng wissenschaftlicher Art, besonders nach der Koch'schen Methode angestellt, mit zerfaserten Seidenfäden, welche durch Mikroorganismen inficirt wurden. Zum anderen Theile entsprechen sie mehr der Art und Weise, wie die tägliche chirurgische Praxis sie erfordert. Die Karbolsäure erhält dabei wenig Anerkennung. Sie vermag zwar in geringprocentigen Lösungen eine begrenzte bakterientödtende Wirkung auszuüben, aber hauptsächlich nur bei Metallinstrumenten. Katgut und Seide waren stets bakterienhaltig, wenn sie auch längere Zeit der Karbolsäurewirkung ausgesetzt waren.

In koncentrirteren Lösungen, welche natürlich besser und ev rascher einwirken, ist sie selbstverständlich für unsere Haut unzuträgl ch.

M. hält es für unzweckmäßig, Instrumente, welche in heißem Wasser sterilisirt sind, nachträglich noch in verdünnten Karbolsäurelösungen aufzubewahren. Steriles Wasser genügt gerade so gut. Für die Desinfektion ist, wo möglich, das Auskochen zu empfehlen oder die Wirkung des strömenden Dampfes zu verwenden. Sonst, wo es sich um Materialien handelt, welche diese Proceduren nicht vertragen, sind besser als Phenol die Sublimat- und Formaldehydlösungen zu gebrauchen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

5) **Luxenburger.** Experimentelles und Klinisches über Orthoform. (Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 1 u. 2.)

Nach L.'s Untersuchungen ist das in den Handel kommende Orthoform frei von Keimen, besitzt aber nur eine geringe baktericide Kraft. Mischungen mit Jodoform, Thiojodoform, Dermatol, Zinkpuder, Europhen, Aristol erleiden keine Veränderung, solche mit Bism. subnitr. werden nach einigen Tagen braun. Sublimat trübt wässrige Orthoformlösungen, auch Kaliumpermanganat, Argt. nitr., Formalin werden verändert; Borsäure-, Bleiwasser-, essigsaure Thonerdelösungen lösen etwas Orthoform. Der Zweck der Anwendung des letzteren wurde in ca. 198 klinischen Fällen durch nach einigen Minuten erfolgende Schmerzbefreiung fast stets erreicht; die Dauer der Anästhesie schwankte je nach der Menge aufgestreuten Orthoforms zwischen Stunden und Tagen, betrug durchschnittlich ca. 10 Stunden. Nach kleinen aseptischen Eingriffen wurden bei Orthoformanwendung zuweilen parenchymatöse Blutungen beobachtet, wodurch in Folge der braunschwarzen Färbung die Wunden ein unschönes Aussehen erhielten; eine Wundinfektion wurde nicht begünstigt. Nach größeren Operationen Orthoform aufzustreuen, kann wegen der nothwendig werdenden großen Pulvermengen, die immerhin Vorsicht erheischen, nicht empfohlen werden. Bei schmerzhaften Blasenleiden erwiesen sich Orthoforminjektionen von günstigem Einfluss (Orthoform 1,0 in 30—50 g physiologischer Kochsalzlösung). Ekzeme in der nächsten Umgebung der mit Orthoform behandelten Wunde kamen nur bei überreichlichem Aufstreuen und bei besonderer Disposition zur Beobachtung; indess scheinen einzelne Individuen eine gewisse Idiosynkrasie Orthoform gegenüber zu haben, auf welche auch die zuweilen eintretenden tiefgehenden Gewebsnekrosen zurückzuführen sein dürften, besonders wenn das Mittel auf an und für sich schlecht ernährte, unter dem ungünstigen Einflusse einer Blutstauung oder Infektion stehende Gewebstheile gestreut wurde. Sorgfältige Beobachtung des Pat., vorsichtige Anwendung des Orthoforms

in geringer Menge, Deckung der Geschwürsumgebung mit Zinkpaste, Bettruhe werden zur Verhütung jener Nebenwirkungen empfohlen.

Kramer (Glogau).

---

6) **Kindler.** Die Behandlung atonischer Geschwüre mit heißen Irrigationen.

(Fortschritte der Medicin 1900. No. 3.)

Verf. berichtet über eine seit Jahren in der Goldscheider'schen Abtheilung des Krankenhauses Moabit in Berlin mit vorzüglichem Resultate geübte Behandlung atonischer Geschwüre mittels Irrigationen heißen Wassers. Letzteres wird, zumeist in der Menge von 2 Litern, in einem Irrigator mit Schlauch ohne Ansatzrohr, 2 m hoch, über dem kranken Theile applicirt und nun täglich 1—3mal so heiß, wie eben noch verträglich, irrigirt. Hierauf trockner Verband mit Jodoform- oder Dermatolpulver.

Es wurden auf diese Weise lange bestehende Unterschenkelgeschwüre, maux perforants tabétiques, Fingerulcerationen bei Syringomyelie, syphilitische Geschwüre der tertiären Periode, phagedänischer Schanker u. A. behandelt und in kürzester Zeit zur Heilung gebracht. Die Wirkung wird entweder als tonisirend auf das schlaffe Gewebe erklärt oder als eine Erregung der sensiblen Nervenendigungen, die sich auf das Rückenmark fortsetzen und den Reiz in trophische Nerven abgeben. **Kronacher** (München).

---

7) J. **Englisch.** Weitere Mittheilungen über die Folgen der angeborenen Verengerungen der Harnwege.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1899. p. 16 ff.)

Während Verschluss und hochgradige Verengerung der Harnwege sich frühzeitig — intra-uterin — geltend machen durch Ausdehnung der harnleitenden Kanäle und Nierenatrophie, erlangen geringe Grade angeborener Harnröhrenenge erst in späteren Jahren Bedeutung, vor Allem mit eintretender Pubertät. Hinter der Stenose entwickelt sich Stauung, Entzündung, weiterhin Cowperitis, Prostatitis etc. Die Diagnose muss natürlich gonorrhoische Infektion ausschließen.

Öfters entwickelt sich Leukoplasie der Harnröhrenmündung, die Ähnlichkeit mit Epitheliom hat, vielleicht auch dazu entarten kann. Vor Allem findet sich die Hypospadie mit einer Verengerung in der Gegend der Fossa navicularis vergesellschaftet. Die Therapie besteht in Dilatation, des öfteren in Spaltung der Harnröhrenmündung bis hinter die Stenose und Umsäumung mittels Naht, dann Verweilkatheter. Einschlägige Beobachtungen werden mitgetheilt; sie dürften leicht von Jedem vermehrt werden können, wie überhaupt der Gegenstand Beachtung verdient. **Christel** (Metz).

---

8) **Patton** (Lake City, Min.). Sectio perinealis.

(Northwestern Lancet 1899. November 1.)

Auf Grund seiner Erfahrungen verwirft P. die Anwendung eines Katheters nach dem äußeren Harnröhrenschnitte, welchen er bei allen Zerreißungen der Harnröhre alsbald ausführen will, da er später doch stets nöthig werde. Bei Harnröhrenzerreißungen sei immer schon Harn in die Gewebe eingedrungen, ehe der Arzt die Behandlung übernehmen könne, und hierdurch scheine die prima intentio verhindert zu werden, welche wohl von Niemand beobachtet worden sei, obgleich meistens ein Katheter verwendet wurde. Das Liegen eines Verweilkatheters verhindere aber das Ausfließen des Harns neben ihm doch nicht und verursache stets Störungen. Daher lässt P. den Katheter ganz fort und verhindert die nachträgliche Verengerung der Harnröhre nach dem Schnitte nur allein durch tägliches Einführen einer ihrer Weite entsprechenden Sonde während 30 Tagen, was vollkommen genüge und völlig schmerzlos sei. Durch einen Finger leite man von der Wunde aus die Einführung der Sonde. Die Operation selbst sei unter Leitung eines in den Mastdarm eingeführten Fingers leicht auszuführen; auf einige Blutung sei man gefasst und berücksichtige auch die Möglichkeit einer selbst gefährlichen Nachblutung bei dem Verbande, indem man die Wunde fest mit Gaze tamponire.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

9) **A. Poncet.** Résultats élongués de l'urétrostomie périnéale.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 147.)

Im Jahre 1892 hat P. unter dem Namen »perineale Urethrostomie« eine Operation beschrieben, die in der Anlage einer künstlichen Harnröhrenfistel am Damme besteht, und über die Coignet in einer Dissertation berichtet hat. (Ausführlich referirt in diesem Blatte 1893 p. 909). In der vorliegenden Mittheilung theilt P. seine bisherigen Erfahrungen über diese Operation von Neuem mit. Sie ist nur indicirt bei Substanzverlusten und unheilbaren Strikturen, die allen anderen Behandlungsmethoden widerstanden haben. Die früher viel weiter gehaltenen Indikationen hat P. jetzt eingeschränkt. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend. Alle bisher bekannt gewordenen 23 Fälle wurden geheilt. In der ersten Zeit nach der Operation muss die Öffnung noch fleißig sondirt werden, da sie Neigung zur Verengerung zeigt, später nicht mehr. Der Kanal selbst, etwa 4 cm lang, verengert sich niemals. Die Urinentleerung muss (wie bei Frauen) in kauernder Stellung oder über einem Gefäße vorgenommen werden, woran sich die Kranken aber rasch gewöhnen. Der Coïtus kann ungestört vor sich gehen, doch tritt Befruchtung nicht ein, da das Sperma nicht in die Scheide gelangt. Trotz dieser Mängel waren P.'s Kranke mit ihrem Zustande sehr zufrieden.

Jaffé (Hamburg).

---

10) **A. v. Frisch.** Die Krankheiten der Prostata.
Wien, **A. Hölder,** 1898. 259 S.

Das Werk, ein Theil der von Nothnagel herausgegebenen Speciellen Pathologie und Therapie, behandelt zunächst die Anatomie und Physiologie der Vorsteherdrüse, die als untergeordneter Bestandtheil des Geschlechtsapparates aufgefasst werden muss. Durch ihr Drüsensekret werden die Spermatozoen beweglich, wie es scheint, das Sperma überhaupt erst befruchtungsfähig. Kastration oder Verödung der Hoden im höheren Alter bewirken eine regressive Metamorphose der Prostatadrüsen. Dass daneben der größere Theil der Prostata vermittels seiner glatten und gestreiften Muskeln zum Abschlusse der Blase dient, ist bekannt, dagegen noch recht strittig, wie zum Zwecke der Blasenentleerung die Muskulatur von Blase und Prostata zusammenwirkt, speciell wie der Bewegungsvorgang der Blaseneröffnung und Harnentleerung eingeleitet wird. Verf. bringt die verschiedenen einander zum Theil scharf entgegenstehenden Ansichten der Autoren hierüber klar zum Ausdrucke, bespricht sie kritisch und fügt zur Frage neues Material aus eigener Erfahrung hinzu.

Als Stellung des Kranken bei der Untersuchung der Prostata vom Mastdarme her empfiehlt v. F. vor Allem die Knie-Ellbogenlage, namentlich weil es in ihr am leichtesten sei, hierbei ausgedrücktes und aus der Harnröhre abtröpfelndes Drüsensekret zur Untersuchung aufzufangen.

Nachdem v. F. zuerst die angeborenen Missbildungen — namentlich Cysten — der Prostata behandelt hat, geht er zur Prostatitis über und macht bei ihr darauf aufmerksam, dass ihre leichteren Formen — die katarrhalische und follikuläre — weit häufiger vorkommen als die parenchymatöse, während doch vielfach in Lehr- und Handbüchern bei der akuten Prostatitis die Schilderung der Symptome und des Verlaufes fast ausschließlich dieser letzteren Form entnommen ist. Katarrhalische Prostatitis ist identisch mit akutem gonorrhoischem Katarrh der prostatischen Drüsen; falls sich daraus unter Retention von Sekret und Eiter eine Entzündung und Vereiterung einer Prostatadrüse entwickelt, spricht man von follikulärer Prostatitis, entzündet sich endlich über deren Grenzen hinaus das ganze Gewebe der Prostata, von parenchymatöser Prostatitis. Für die Behandlung der letzteren in ihrem Beginne empfiehlt v. F. nach eigener Erfahrung vor Allem die Anwendung von Kälte durch Kühlapparate; ist es zur Eiterung gekommen, so schreite man so früh wie möglich zur Eröffnung des Abscesses vom Damme her. — Auch die chronische Prostatitis — am häufigsten ebenfalls durch Gonorrhoe hervorgerufen — ist nach des Verf. Erfahrungen ein nicht seltenes Leiden, das sich stets nachweisen lässt, wenn man die betreffenden Kranken vom Mastdarme her untersucht und dabei auf die Volumens- und Konsistenzverhältnisse und besondere Empfindlichkeit der Drüse, namentlich aber auf das durch Ausstreichen gewonnene Prostatasekret achtet. Prostatorrhoe ist dabei durchaus nicht häufig zu beob-

achten. Als wirksamste Behandlung wird Massage des Organs empfohlen, aber nur bei durchaus chronischem Verlaufe des Leidens.

Einem interessanten Abschnitte über Neurosen der Prostata — für die auch lokale Entzündungsprocesse, vor Allem gonorrhoischen Ursprunges, den häufigsten Ausgangspunkt abgeben — folgt das Kapitel über Tuberkulose der Prostata, die nach des Verf. Ansicht am häufigsten von der Blutbahn aus erzeugt wird, aber in einem — meist gonorrhoischen — Entzündungszustande der Drüse die günstigste Disposition antrifft. Anfangs in ihren Erscheinungen dunkel, zeigt sie sich im Weiteren nicht selten durch außerordentliche Schmerzhaftigkeit aus. Ihre Prognose ist ungünstig, wenn auch nicht durchaus schlecht. Bei frühzeitig gestellter Diagnose — Nachweis von Tuberkelbacillen — ist die perineale Incision und Ausschabung der erkrankten Drüsentheile als rationelles — auch schon bewährtes — Verfahren zu empfehlen.

Den größten Theil des Buches nimmt natürlich der Abschnitt über die Hypertrophie der Prostata ein. In trefflicher, erschöpfender Weise ist das Krankheitsbild — auch alle Komplikationen einbefassend — wiedergegeben, sind Diagnose, palliative und Radikalbehandlung besprochen. Ich möchte Einiges besonders hervorheben. Die Guyon-Lannois'sche Ansicht vom Prostatismus, der Lehre, dass Arteriosklerose am ganzen Harnapparate Wesen und Ursache der Prostatahypertrophie sei, wird, wie von anderen Autoren, auch von v. F. verworfen. — Energisch wird gerathen, auf die Differentialdiagnose zwischen Hypertrophie und chronischer Prostatitis die Aufmerksamkeit zu verwenden. Ist Verf. doch wiederholt Kranken begegnet, denen man wegen vermeintlicher Hypertrophie die Vasa deferentia durchschnitten oder beide Hoden entfernt hatte, und bei denen es sich doch nur um eine chronische Prostatitis gehandelt hatte. Natürlich waren die Operationen völlig erfolglos geblieben, hinterher beseitigte aber eine zweckmäßige Behandlung des Entzündungsprocesses alle vorher geklagten Beschwerden. — Die Therapie ist auf das genauste, auch unter Berücksichtigung der mannigfachen Komplikationen für jede der 3 Perioden des Leidens durchgearbeitet und giebt auf die verschiedensten zu stellenden Fragen Antwort. Namentlich für den Katheterismus mit seinen Schwierigkeiten gegenüber den verschiedenen Hindernissen wird nach jeder Richtung hin guter Rath ertheilt. Die Massage der hypertrophischen Drüse erscheint nur dann von Werth, wenn sich in ihr chronische Entzündung eingenistet hat. — Mit den verschiedenen Arten der Radikalbehandlung ist man bisher noch nicht besonders weit gekommen; die Injektionen von Jodtinktur, Ergotin oder Jodoformäther sind wieder aufgegeben, die Kompression der Prostata von der Harnröhre oder dem Mastdarme aus verlassen, nur selten bietet die lokale Einwirkung des elektrischen Stromes einen wesentlichen Erfolg. Blutige Durchtrennung der Hindernisse oder Excision von Drüsentheilen, sei es von der Blase, sei es vom Damme aus, haben z. Th.

zwar sehr günstige Erfolge für die Harnentleerung gehabt, z. Th. nur recht mangelhafte, manchmal gar keine, stellen aber immer für den Prostatiker einen verhältnismäßig schweren Eingriff dar und zeigen ein relativ hohes Sterblichkeitsverhältnis. In jeder Beziehung günstiger liegen die Verhältnisse bei dem galvanokaustischen Verfahren nach Bottini, schon weil es weder zur Ausführung die allgemeine Narkose noch nach der Operation längere Bettruhe erheischt. v. F. empfiehlt den Eingriff nicht nur bei Bildung eines Mittellappens, sondern auch bei allgemeiner gleichmäßiger Hypertrophie der Prostata, bei bilateraler Hypertrophie der Seitenlappen und bei jeder Form von Barrière- und Klappenbildung. Eine Wiedervereinigung der durch den Glühplatin gesetzten Wundränder scheint nicht stattzufinden, und desshalb gehören Recidive nach der Operation zur Seltenheit, obwohl eine Volumensabnahme der Prostata nicht eintritt. Die besten Erfolge weist die Bottini'sche Kauterisation bei chronischer kompleter Harnretention auf, vorausgesetzt, dass die Blase ihre Kontraktionsfähigkeit vollkommen bewahrt hat. Im Allgemeinen wird sie durch begleitende Cystitis, Pyelitis oder chronische Prostatitis nicht kontraindicirt. Bei inkompleter chronischer Retention scheint sie weniger sicher zu wirken. Aus einer Statistik von 127 Fällen, die er zusammengestellt, ergab sich v. F. eine Sterblichkeit von 7,2%, ungefähr 50% Heilungen und 27% Besserungen. Sind das — so weit ihr Werth reicht — günstige Zahlen, so ist andererseits bis jetzt die Unverlässlichkeit des Verfahrens einzugestehen, das zur Zeit in keinem Falle vorherzusehen gestattet, wie sich das Endresultat gestalten wird.

Nachdem die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Unterbindung der Aa. iliacae internae kurz abgemacht ist, geht zuletzt Verf. noch auf die sexuellen Operationen ein, deren Indikation s. Z., wie er überzeugt ist, auf durchaus irrigen Voraussetzungen aufgebaut worden ist, die die Gefahr in sich birgt, das Centralnervensystem und den Allgemeinzustand der Patt. schwer zu schädigen, endlich erfahrungsmäßig vielen Chirurgen nur recht mangelhafte Erfolge gegeben hat. Es ist desshalb bis heute ungemein schwierig, einem Prostatiker zu einer dieser Sexualoperationen zu rathen; immerhin sind sie nicht ganz zu verwerfen, da sicher in einer Anzahl von Fällen der Erfolg des Eingriffes ein sehr befriedigender war.

Es folgt ein Kapitel über Prostataatrophie mit ihrer Enurese, erst nur Nachts, dann auch am Tage — Schwäche und Schwund des Sphincter prost. int. —, und dem Nachlassen der geschlechtlichen Potenz; — ein weiteres über Konkretionen und Steine der Prostata. Den Abschluss bildet das Kapitel über die Neubildungen der Prostata: im Allgemeinen Sarkome bei Kindern vor dem 10., Carcinome bei Männern nach dem 50. Jahre. Unter den letzteren nehmen einen eigenthümlichen Platz ein die sog. osteoplastischen Carcinome, bei welchen sich neben dem kleinen primären Geschwulstherde in der Prostata zahlreiche und weit fortgeschrittene eigenartige Herde

in den Knochen finden, ähnlich wie bei dem harten Brustdrüsenkrebse und bei gewissen Formen bösartiger Schilddrüsengeschwülste. Die therapeutisch angewandte Totalexstirpation der erkrankten Drüse hat meist nach kurzer Zeit zum Tode geführt, einige Male das Leben um Monate verlängert, selbst mit Kontinenz der Blase. Ähnliche Resultate hat die partielle Drüsenexstirpation — theils von einem Blasenschnitte, theils vom Damme aus, theils auf sacralem Wege — ergeben.

Nach einer kurzen Abhandlung über Prostataechinokokken endigt das treffliche, das genauere Studium in jeder Beziehung lohnende Werk mit einem reichen Inhaltsverzeichnisse der verwertheten Litteratur.

Richter (Breslau).

---

11) **E. Bottini.** L'iscuria prostatica.

Florenz, **Luigi Niccolai,** 1900.

Einer Aufforderung zahlreicher Kollegen folgend, giebt B. in 7 Lektionen nach Art klinischer Vorträge ein Werk heraus, bei dem das Interesse des Lesers naturgemäß wesentlich auf die Beschreibung seiner galvanokaustischen Durchtrennung der Prostata koncentrirt wird. Die einzelnen Kapitel behandeln Anatomie und Topographie des genannten Organes, den pathologischen Befund der Hypertrophie, die klinischen Bilder der Ischurie und des Harnfiebers. Ferner folgen: die historische Darstellung der Therapie, die Dilatation, die potentiale Kauterisation und die blutigen Operationen.

In der 5. und 6. Lektion werden die Batterien und jetzt bekannten Apparate vorgeführt (Compostano in Mailand): der Kauterisator (bei uns wohl wenig gebraucht) und Incisor, die operative Technik und die Indikationen erläutert.

16 Illustrationen sind dem Werke beigegeben; Sprache und Darstellungsweise sind so anschaulich und bilderreich, dass man versteht, das uropoëtische System kann seinen Namen auch in anderer Weise mit Recht führen.

Die jetzt allgemeine Anerkennung der vortrefflichen B.'schen Methode bleibt zeitlich eine gewisse Dankesschuld der Chirurgen.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **N. Senn.** The etiology and classification of cystitis.

(Internat. clinics Vol. II. Hft. 8.)

Die Schleimhaut der Blase hat weder Drüsen noch Lymphgefäße. Letztere liegen nur in der Muscularis. Desshalb producirt die normale Blase auch keinen Schleim, sie ist ein Reservoir für Exkretion, nicht für Sekretion. Schon unversehrte Schleimhaut wirkt nicht resorbirend.

Als prädisponirende Ursachen der Cystitis sind anzusehen: Urinretention, Muskelkrampf, abnorm zusammengesetzter Urin, Geschwulst, Steine, Fremdkörper, Druck auf die Blasenwand von außen oder innen, Erkältung, venöse Stauung, Trauma. Diese Ursachen rufen entweder eine Gewebsveränderung hervor, die mit der Ansiedlung

von Bakterien endigt, oder sie selbst bilden einen günstigen Nährboden für deren Wachsthum; oft aber Beides. Die Infektion kann ihren Weg durch die Harnröhre oder von den der Blase benachbarten Organen her nehmen, durch das Blut und durch den Urin erfolgen.

S. klassificirt die Cystitis 1) nach ihrem anatomischen Verhalten: Pericystitis, Paracystitis, Cystitis interstitialis, Endocystitis; 2) in pathologischer Beziehung: Cystitis catarrhalis, suppurativa, ulcerativa, exsudativa, exfoliativa; 3) klinisch: Cystitis acuta und chronica; 4) bakteriologisch: je nach dem speciell die Cystitis erregenden Bakterium. Er betrachtet die bakteriologische Eintheilung als die wichtigste, der Neuzeit am meisten entsprechende und für die Therapie aussichtsvollste. Bei allen hartnäckigen und dunklen Fällen von Cystitis soll die sorgfältige bakteriologische Untersuchung des Urins nie verabsäumt werden. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

13) **Modlinski.** Chirurgie der Harnblasengeschwülste. (Aus der chirurgischen Privatklinik »Knie« in Moskau.

(Beilage zur Chirurgie Bd. V. [Russisch.])

Die vorliegende Monographie M.'s, deren Reichhaltigkeit sich auch einem ausführlichen Referate entzieht, ist nicht nur mit großem Fleiße gearbeitet, sondern enthält auch zahlreiche Beweise für die eigene Erfahrung des Autors. Gleichsam den Kern der Arbeit bilden 8 eigene Fälle von theils vollständiger, theils theilweiser Ausrottung der Harnblase. Die Indikationen zur totalen Blasenexstirpation stellt M. ziemlich weit. In der Betonung des möglichst schnellen Operirens trotz Blutung zeigt er ähnliche Grundsätze wie Doyen, der bekanntlich in der Privatklinik M.'s während des internationalen Kongresses eine Reihe von Operationen demonstrirt hat. Das am Schlusse der Arbeit zusammengestellte Verzeichnis über die Litteratur der Neubildungen der Blase enthält 753 Nummern und reicht bis zum Jahre 1551 zurück. Aus der russischen Litteratur (seit 1876) sind 37 Abhandlungen angeführt. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

14) **H. T. Harring.** An effective treatment of vesical haemorrhage when caused by papillomatous growths.

(Brit. med. journ. 1899. Juli 29.)

H. empfiehlt bei Blasenblutungen, die durch Papillome verursacht werden, systematische Injektionen von Argentum nitricum-Lösung in steigender Koncentration. Er beginnt die Injektionen mit Einführung von $^1/_2$ grain Arg. nitr. (ca. 3 mg) aufgelöst in 4 Unzen (ca. 112 g) warmem Wasser. Wenn weder Schmerzen noch Tenesmus und vermehrter Harndrang auftreten, wird die Koncentration bei täglichen Injektionen im Laufe von mehreren Wochen bis auf das 4fache gesteigert. Die Einspritzungen werden ohne Unterbrechung täglich ca. 6 Monate fortgesetzt, dann weitere 6 Monate jeden 2.

oder 3. Tag ausgeführt. Dieselben müssen selbstverständlich unter allen antiseptischen Vorsichtsmaßregeln vorgenommen werden, können aber nach einiger Zeit intelligenten Pat. selbst überlassen werden. H. hat unter dieser Behandlung die besten Erfolge gehabt. Die Krankengeschichten von 12 Fällen, in denen stets die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung von Geschwulstpartikelchen gesichert war, werden ausführlicher mitgetheilt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

15) **E. I. Golischewsky.** Zur Frage über die Naht der Harnblase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd LX. Hft. 3.)

Verf. bespricht die besonders in Russland geübten und ausgebildeten Methoden der Harnblasennaht, die es ermöglichen, keine Nähte an dem Organ zurückzulassen und dadurch die oft entstehende Komplikation neuer Steine, welche einen in die Blase gefallenen Faden als Kern in sich einschließen, zu verhindern. Solche Methoden existiren sowohl für die offene Wundbehandlung nach hohem Blasenschnitte, wie auch für die sofortige abschließende und eine prima intentio erstrebende Naht. Die letztere, von Rasumowsky angegeben, ist vor Jahresfrist schon referirt. G. verfügt nun im Ganzen über 43 Pat. mit hohem Blasenschnitte, bei welchen in 40 Fällen nach jener Nahtmethode eine prima intentio erzielt wurde, gewiss eine stattliche Zahl idealer Heilungen. Verf. giebt des genaueren die Indikationen für und gegen einen primären völligen Verschluss der gesetzten Blasenwunde an, welche zur Zeit allgemein anerkannt werden dürften. Durch die mit der Rasumowsky'schen Methode verbundene Cystopexie wird es ermöglicht, den Verweilkatheter in den allermeisten Fällen zu entbehren. Nur bei Hypertrophia prostatae, Parese der Blase und Verletzungen des Bauchfelles wie der Harnröhre verzichtet G. nicht auf seine Anwendung. Als einen weiteren Vortheil der Rasumowsky'schen Blasennaht sieht der Autor ferner an, dass besonders bei Blutungen die Blasennähte leicht auch ohne Assistenz zu entfernen sind. Die Verluste, die Verf. bei dem Eingriffe aufzählt, betreffen nach den beigefügten Sektionsprotokollen ausschließlich 2 Leute mit schweren pathologischen Veränderungen der inneren Organe, insonderheit auch der Nieren, so dass man die Resultate als sehr günstige anerkennen muss. Die beigegebenen Krankenjournale und Figuren im Text, welche die Nahtmethoden sehr klar darstellen, vervollständigen den interessanten Bericht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Simonelli.** Nuovo metodo di esame della permeabilità renale.

(Nuova rivista clin.-therapeut. 1899. No. 10.)

S. empfiehlt zur Untersuchung der Funktionstüchtigkeit der Niere die vergleichende Bestimmung der Ausscheidung von Jod durch

Niere und Speichel. Jodkali in Gelatinekapseln mit etwas Wasser werden eingeführt und die Sekrete in bekannter Weise mit Stärkepapier geprüft. Normalerweise beginnt die Jodausscheidung im Harn und Speichel gleichzeitig nach spätestens $^1/_2$ Stunde und hält gleich lange an. Bei Nephritis verzögert sich ihr Beginn im Urin im Mittel um 5, im Maximum sogar um 20 Stunden, ist geringer, ungleich mäßiger und hört früher auf. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

17) **Ceccherelli.** La nefrorrafia nel rene mobile.

(Associazione med.-chir. di Parma. Sed. del Dicembre 10.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 148.)

C. operirt nach Jonnesco, legt aber die durch das ganze Nierengewebe laufenden Fäden so an, dass sie entfernt werden können, um umschriebene Niereneiterungen zu vermeiden. Die Kranken verbleiben 3 Wochen im Bette, während Riva sie wenigstens 2 Monate liegen lässt. Gatti glaubt, dass gerade dadurch, dass die Fäden durch die Cutis gehen, leichter eine Infektion zu Stande kommt, und exemplificirt auf seine Methode der Radikaloperation der Leistenhernie, ein Vergleich, den C. wegen der schwereren Desinficirbarkeit dieser Gegend nicht gelten lässt. **Dreyer** (Köln).

18) **Catterina.** Di un nuovo metodo di cura per il rene mobile.

(XIV. Congresso di chirurgia. Roma Ottobre 28—30.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 139.)

C. berichtet über eine neue, originelle Art, die bewegliche Niere zu fixiren. Er legt dieselbe nämlich mit 2 mitteldicken, sich kreuzenden Silberdrähten fest. Dieselben werden so mit einander verknüpft, dass ihre gegenseitige Lage gesichert ist. Der von vorn nach hinten laufende Draht ist des Nierenhilus wegen nicht ganz geschlossen. Vom oberen Pole aus gehen 1 oder 2 Verbindungsdrähte zur 12. Rippe, an der sie durch eine angelegte Rinne oder eine Durchbohrung festgehalten werden. Die Operation beginnt mit dem üblichen Lendenschnitte und der Eröffnung der Fettkapsel, die ihrerseits tabaksbeutelartig zusammengezogen und mit Muskel und Aponeurose verbunden wird. So wird außer der Suspension gleichzeitig eine Fixation der Niere erreicht. Über Kasuistik wird nicht berichtet.

Dreyer (Köln).

19) **Ceccherelli.** Ernie complicate da ectopia testicolare.

(XIV. Congresso di chirurgia. Roma Ottobre 28—31.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 141.)

Bei den mit Hodenektopie komplicirten Hernien ist es nöthig, die Orchidopexie zu machen. Ist das nicht möglich, so soll der Hode in die Bauchhöhle verlagert werden. Eine Exstirpation indess ist nur bei krankem Hoden gestattet. **Dreyer** (Köln).

20) **Sebileau.** La situation du testicule dans l'hydro-hématocèle de la tunique vaginale. Diagnostic et traitement.

(Presse méd. 1898. No. 48.)

Die Erkrankung, welche Verf. auch als »Pachyvaginalitis chronica« bezeichnet, tritt in 2 Formen auf, einmal als cystische Geschwulst, wenn die Neubildung der Membranen zart und vereinzelt ist, dann als solide Geschwulst, sobald die Neubildungen zahlreich, dick und in mehreren Lagen ausgebreitet sind. Verf. bespricht an der Hand von 8 schematischen Abbildungen die verschiedenen Lagen, welche Hoden und Nebenhoden bei dieser Hydrohämatocele einnehmen können. In Bezug auf diesen Theil der Arbeit, der kaum ohne die Abbildungen kurz wiedergegeben werden kann, muss ich auf das Original verweisen.

Zur Stellung der zuweilen schwierigen Differentialdiagnose zwischen Geschwulst, Epididymiscyste, cystischer oder plastischer Form der Vaginalitis macht Verf. auf ein Hilfsmittel aufmerksam, das in den Lehrbüchern nicht angegeben ist; er nennt es »Le pincement de la vaginale« und versteht darunter die Möglichkeit, das parietale Blatt zwischen Daumen und Zeigefinger zu fassen. Das ist bei Ausdehnung der Vaginalhöhle durch Flüssigkeit nie möglich, jedes Mal aber, wenn dieselbe Nichts oder nur sehr wenig Flüssigkeit enthält, vorausgesetzt, dass keine Verwachsungen bestehen. Ferner legt er großes Gewicht auf die Lymphangitis des Samenstranges. Daneben kommen Probepunktion und bei Differentialdiagnose mit einem Gumma eine antiluetische Kur in Betracht. Die Krankheit heilt nicht ohne Operation; hier handelt es sich entweder um die Resektion der Tunica vaginalis oder um Kastration. Bei der Resektion können große Schwierigkeiten entstehen in der Erkennung und Schonung des Samenstranges, der zuweilen ganz in die Membranen eingebettet ist. Gelingt die Befreiung des häufig auch atrophischen Hodens von den fibrösen Auflagerungen nicht, so bleibt nur die Kastration übrig.

Tschmarke (Magdeburg).

---

21) **A. Reverdin.** Savon gynécologique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 186.)

Wie schwer die Scheide wegen ihrer zahlreichen Schleimhautfalten zu desinficiren ist, ist bekannt. R. glaubt, die Aufgabe durch einen von ihm angegebenen Apparat gelöst zu haben. Er ließ ein Stück Seife von konischer Form mit sehr breiter Basis formen. Diese Seife wird in der Mitte in ihrer ganzen Länge von einem Kautschukschlauche durchbohrt, der mit einem Irrigator in Verbindung gesetzt wird. Die in die Scheide eingeführte Seife verschließt durch ihre breite Basis ihre Mündung, während die einfließende Desinfektionsflüssigkeit ihre Wände vollständig ausdehnt. Während die Seife unter dem Einflusse der auf 45° erwärmten Flüssigkeit schmilzt, bewegt man sie in der Scheide hin und her.

Neuerdings hat R. den Seifenkegel durch einen Metallkegel ersetzt, dessen rauhe Oberfläche eine Art weicher Bürste darstellen soll. Zum Gebrauche wird das Instrument einfach in ein Gefäß, das weiche antiseptische Seife enthält (R. benutzt zur Imprägnation die Seife Zincum sulfocarbolicum) eingetaucht. **Reichel** (Chemnitz).

---

22) **M. Wilms.** Die Mischgeschwülste. Heft 2: Die Mischgeschwülste der Vagina und der Cervix uteri (traubige Sarkome). Anhang: Mischgeschwülste der Blase und des Vas deferens.

Leipzig, **Arthur Georgi,** 1900. 77 S., 1 Tafel.

W. führt in diesem Hefte seiner Monographie die im 1. Hefte (vgl. dieses Centralblatt 1899 No. 38) für die Mischgeschwülste der Niere entwickelte Auffassung weiter durch für die Mischgeschwülste der Scheide, der Cervix uteri, der Blase und des Vas deferens. Auch hier ist es ihm gelungen, die verschiedenartigen Gewebselemente dieser komplicirten Geschwulst auf ein gemeinsames Keimgewebe zurückzuführen, und er fasst die Ergebnisse seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

»Die fast nur im kindlichen Alter auftretenden polypösen Scheidenmischgeschwülste sind eben so wie die gewöhnlich im späteren Leben in Erscheinung tretenden polypösen Cervixmischtumoren angeborene Neubildungen, d. h. ihre Entstehung ist zurückzuführen auf eine im frühesten Entwicklungsstadium bei Trennung der Keimblätter eingetretene Keimversprengung.

Das Vorkommen quergestreifter Muskulatur und Knorpel innerhalb dieser Tumoren weist neben dem Vorhandensein einer Reihe von Mesenchymprodukten auf eine Absprengung aus dem Myotom (Ursegment) und Sklerotom (Anlage der Wirbelsäule) hin, mit anderen Worten auf eine Entwicklungsanomalie bei Bildung des mittleren Keimblattes.

Diese Keimversprengung ist nicht eine Verlagerung fertiger Zellelemente, sondern eine Verschiebung von noch undifferenzirten Mesoderm- oder Mesenchymzellen, die erst an ihrem späteren Entwicklungsorte die verschiedenen Gewebe, immer korrespondirend mit der normalen embryonalen Differenzirung, aus sich herausbilden.

Da die Geschwülste niemals Reste der Niere oder Urniere, wie die Nierenmischtumoren, enthalten, sonst aber viele Ähnlichkeit mit den Nierentumoren aufweisen, so müssen die Tumoren aus dem hinter der Nieren- oder Urnierenregion sich entwickelnden Mesoderm stammen.

Von ihrem ursprünglichen Entwicklungsorte am Ursegmente können die Zellkomplexe nur durch das Wachsthum des Wolff'schen Ganges nach hinten in die Genitalien verlagert worden sein. Mit dieser Annahme stimmt die Lage der Tumoren in der Scheiden-

wand und in der Cervix, also in derjenigen Region überein, wo der Wolff'sche Gang im embryonalen Leben vorhanden war und wo er als Gartner'scher Kanal in der Cervix und Scheidenwand noch unter Umständen bei Erwachsenen nachweisbar ist.«

Die weniger komplicirten Mischgeschwülste dieser Gegend weisen mit den komplicirten eine solche Ähnlichkeit auf, dass für sie der gleiche Entstehungsmodus anzunehmen ist, nur mit der Modifikation, »dass eben schon Zellkomplexe einer fortgeschritteneren Entwicklungsperiode des Sklerotoms oder Mesenchyms verlagert worden sind«.

»Komplicirte Mischgeschwülste der Blase beim Manne, welche sich durch das Vorkommen von Knorpel und quergestreifter Muskulatur auszeichnen, sind eben so wie die beim Weibe vorkommenden Scheiden- und Cervixmischgeschwülste auf Versprengung vom Myotom und Sklerotom oder Mesoderm der hinteren Körperregion zu beziehen.« Auch hier erfolgt die Keimversprengung durch das kaudalwärts gerichtete Wachsthum des Wolff'schen Ganges.

Die gleiche Entwicklung ist für die Mischtumoren am Vas deferens des Mannes anzunehmen; hier ist der Keim durch den Wolff'schen Gang bis zur Stelle der Entwicklung im Scrotum, neben dem Hoden verlagert worden. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

23) **J. Pfannenstiel.** Über die Vortheile des suprasymphysären Fascienquerschnittes für die gynäkologischen Köliotomien, zugleich ein Beitrag zu der Indikationsstellung der Operationswege.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 268. Leipsig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

Die von P. seit Mitte 1898 in 51 Fällen angewandte Küstner-Rapin'sche modificirende Schnittführung bezweckt, neben der Vermeidung der entstellenden Laparotomienarbe, der Entstehung eines Bauchbruches nach Bruchoperationen vorzubeugen. Der Schnitt verläuft an der oberen Grenze des Haarwuchses leicht bogenförmig quer zunächst durch die Haut, das Unterhautfettgewebe und die Fascien in einer Ausdehnung von 8—12 cm; nach Ablösung der letzteren gegen den Nabel hin wird die Muskulatur der Recti und das Bauchfell der Länge nach, unten bis hart an die Symphyse, gespalten, auf diese Weise also die Aponeurose im Bereiche der Längsschnittwunde des Leibes vollkommen unversehrt erhalten. Nach beendeter abdomineller Operation werden zunächst das Bauchfell, dann die Mm. recti mit Katgut fortlaufend vereinigt, sodann mittels durchgreifender, jene mitfassender Nähte (Aluminiumbronzedraht) Haut und Fascien vernäht. P. hält die Methode nur für gewisse entzündliche Erkrankungen der Adnexe und Lageveränderungen des Uterus, so wie in frühen Stadien der Extra-uterin-Schwangerschaft mit ihren Folgen, nicht aber bei Neubildungen der Gebärmutter, Ovarien etc. indicirt und hat in jenen Fällen als Vortheile der Schnittführung gesehen, dass das Operationsfeld eine größere Übersicht

darbot, wie nach dem gewöhnlichen Längsschnitte der Laparotomie, und dass die Därme oberhalb des Operationsgebietes blieben. Was die Erfolge in Bezug auf Vermeidung eines Bauchbruches anlangt, so glaubt Verf., wenn auch die Zeit seit der Operation noch nicht lang genug ist, um ein definitives Urtheil abgeben zu können, dass ein Bauchbruch nicht eintreten werde, da bisher in keinem Falle auch nicht einmal eine dünne Stelle im Verlaufe der Narbe, eine Fascienlücke oder auch nur eine ungleichmäßige Vorwölbung im Bereiche des Schnittes bei kräftiger Anwendung der Bauchpresse wahrzunehmen war. — Dem Ref. erscheint die P.'sche Schnittführung auch für manche Operationen an der Blase und Herniolaparotomien von Werth.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

24) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

106. Sitzung am Montag, den 8. Januar 1900, im städt. Krankenhause Moabit.
Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Merkens: Endresultate der Gastroenterostomien (Krankenhaus Moabit).

Bei Pyloruscarcinom soll nur dann die Magenresektion gemacht werden, wenn ausgedehnte Verwachsungen mit den Nachbarorganen fehlen und carcinomatöse Drüsen nicht fühlbar sind.

Mittheilung dahin gehörender Fälle.

Sonst ist die Gastroenterostomie die Operation der Wahl. Im Krankenhause Moabit werden in neuerer Zeit alle Gastroenterostomien mit Hilfe des Murphyknopfes gemacht. Seitdem Anzahl der operirten Fälle 23. 7 Pat. litten an gutartiger Stenose: 6 Heilungen, 1 Todesfall an Pneumonie. Wegen Carcinom wurden 16 Pat. operirt. Im 1. Monate nach der Operation starben 5; von diesen 1 in Folge mangelhafter Schlussfähigkeit des Knopfes (innere Blutung). Im 2. Monate starben 2, im dritten 1, im fünften 1, im siebenten 2, im elften 1.

Bei der Sektion wurde der Knopf 3mal im Magen gefunden, ohne dass er Beschwerden gemacht hätte. Am Leben sind noch 4 Pat. In einem Falle sind seit der Operation 2$^1/_2$ Jahre verstrichen. Es wird die Gastroenterostomia retrocolica posterior bevorzugt. Danach vorzügliche Funktion. Die Operation ist in wenigen Minuten ausführbar, wenn nöthig unter Lokalanästhesie. In den ersten Tagen p. op. Magenausspülungen. Ernährung sogleich per os. Auffallende Gewichtszunahme bald nach der Operation. Ein Circulus vitiosus wurde nicht beobachtet. Daher wird von der Enteroanastomose und anderen Operationen zur Vermeidung des Circulus Abstand genommen. Auch bei anderen Darmoperationen hat der Knopf ausgezeichnete Dienste geleistet.

Diskussion. Zu diesen Ausführungen fügt Herr Sonnenburg noch hinzu, dass er zur Zeit nur noch die Gastroenterostomia retrocolica macht, und dass seine Resultate seitdem nichts zu wünschen lassen; 2mal ist es ihm in Folge von ausgedehnter Beweglichkeit des Duodenums möglich gewesen, nach Pylorusresektion und Vernähung der Darm- und Magenwunde das Duodenum seitlich in die hintere Magenwand zu implantiren — mit gutem Erfolge.

Herr Richard stellt einen Pat. vor, dessen Krankengeschichte er bereits in der letzten Sitzung erwähnte. Derselbe litt jahrelang an starker Gastroseborrhoe und Magendilatation. Es war indess kein Tumor fühlbar, die Magensaftprobe enthielt freie Salzsäure.

Die vom Vortr. vorgenommene Gastroenterostomie, nach Wölfler, hatte einen überraschend guten Erfolg, Gewichtszunahme, Wohlbefinden.

Herr Lindner erwähnt hierbei das fäkulente Erbrechen bei Gastroenterostomirten, das er jüngst bei einer wegen Adhäsionen operirten jungen Frau erlebte. Er kann sich diese Erscheinung nicht anders als dadurch erklären, dass der äußerst schlaffe, sackartige Magen bei der Rückenlage der Pat. aspirirend gewirkt habe. Eine Magenausspülung beseitigte den beängstigenden Zustand.

Herr König berichtet über folgende Beobachtung. Eine von ihm wegen gutartiger Magenstenose mit Gastroenterostomia antecolica operirte Frau, die lange Zeit ohne Beschwerden blieb, musste späterhin auswärts wegen Auftretens derselben Beschwerden wieder operirt werden. Der Operateur (Kehr, Halberstadt) fand nun keine Kommunikation mehr zwischen Magen und Darm und erklärte sich in seiner Veröffentlichung des Falles den Grund dafür so, dass die ursprüngliche Gastroenterostomie entweder zu klein gewesen, oder dass der 1. Operateur die Schleimhautnaht nicht ausgeführt habe. Dieselbe ist allerdings nicht ausgeführt worden, wird in der Bergmann'schen Klinik überhaupt nicht mehr ausgeführt und ist nach den Versuchen Rindfleisch's auch nicht erforderlich!

Es ist aber möglich, dass dies die Schuld trägt.

Eine andere Pat., 34 Jahre alt, 16 Jahre lang wegen Ulcus ventriculi mit Stenosenerscheinungen erkrankt und behandelt, zeigt bei der Operation um den Pylorus herum narbige Verwachsungen, wegen deren eine Gastroenterostomie angelegt wird.

Nach 5 Wochen erneute Beschwerden, eine 2. Laparotomie, die an der Stelle der Gastroenterostomie eine starke Einschnürung erkennen lässt. K. macht nunmehr nach Art einer Pyloroplastik einen Schnitt in die Narbe und nimmt eine quere Vereinigung der Wundränder vor. Bisher — 9 Monate lang — gutes Befinden.

Herr Hahn macht darauf aufmerksam, dass bei der Gastroenterostomia antecolica der Theil des Jejunum, welcher an dem Magen angeheftet wird, sein Netz, also seine schützende Hülle, verliert — was nach Jahren erst die Veranlassung zu einer Perforation an dieser Stelle und Peritonitis werden kann.

Herr Hadra beobachtete bei einer Gastroenterostomia antecolica eine Perforation nach außen. Der betreffende Pat. kam, nachdem er sich wochenlang nach der Operation wohl befunden hatte, mit einer Infiltration an der Bauchnarbe wieder; nach Applikation eines Kataplasma entleerten sich einige Fäden, die Öffnung schloss sich bald wieder.

Hierzu bemerkt Herr Hahn, dass derartige Perforationen nach außen nicht zu selten auch von ihm beobachtet seien; gefährlicher seien die direkt nach der Bauchhöhle geschehenen Perforationen.

2) Herr Paradies: Unblutig eingerenkte angeborene Hüftgelenksluxationen.

P. stellt die im Krankenhause Moabit gewonnenen Resultate vor und betont, dass die Gefahren bei der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftgelenksverrenkung, wie Nervenzerrungen und Zerreißung von Gefäßen, Oberschenkelbrüche etc., sich vollkommen vermeiden lassen, wenn die Pat. frühzeitig in die Behandlung kommen. Das geeignetste Alter für die Operation ist das des 2. bis 6. Lebensjahres. Dieses Alter garantirt die besten Aussichten für eine vollkommene Heilung der Deformität. Definitive Repositionen des Kopfes in die Pfanne sind bis jetzt nur in 10% der Fälle erzielt worden und diese gehören alle den $1^1/_2$—6. Lebensjahren an. Jenseits dieser Altersstufe erzielt man noch sehr gute funktionelle Resultate, welche aber meist nur auf einer Transposition des Kopfes nach vorn beruhen. Hierbei findet der Gelenkkopf unterhalb der Spina ant. int. oder neben derselben eine feste Stütze.

P. verzichtet bei der Reposition auf Schraube und Flaschenzug und warnt vor allzu forcirten Repositionsmanövern. Die Reposition, die beim 1. Versuche nur unvollständig gelingt, wird, wenn der Pat. 14 Tage in starker Abduktion, Extension

und Außenrotation eingegipst war, oft spielend leicht zu einem glücklichen Ende geführt. Nach 4 Wochen bringt man das Bein in eine mittlere Abduktions- und in eine solche Innenrotationsstellung, dass der mediale Kopfpol aus der Weiche verschwindet und sich dem Pfannenorte gegenüber stellt. Die Gipsbehandlung dauert durchschnittlich 5 Monate. Bei der Nachbehandlung wird besonders Werth auf die Kräftigung der Abduktoren und Innenrotatoren gelegt. Von 10 vorgestellten einseitigen Luxationen weisen 5 vollkommene Heilung auf. Letztere Kinder wurden in einem Alter zwischen 3 und 6 Jahren reponirt.

Von diesen ist 1 Fall seit 3 Jahren, 2 Fälle sind seit 2 Jahren ohne Verband. Die übrigen Fälle sind Transpositionen mit sehr gutem funktionellem Resultate.

3) Herr Weber: Subphrenische Abscesse.

Unter 600 Fällen von Appendicitis aus dem Krankenhause und der Privatpraxis des Herrn Geh.-Rath Sonnenburg, darunter 350 mit Abscessbildung, kamen 9 Fälle mit subphrenischem Abscess komplicirt vor[1]. In 6 dieser Fälle lag der Wurmfortsatz meist mit dem ebenfalls verlagerten Coecum unter der Leber. Von hier aus ging die Eiterung kontinuirlich in das Subphrenium weiter, meist intraperitoneal, 1mal extraperitoneal. Wanderung der Eiterung am Colon ascendens entlang oder retrocoecal und dann retroperitoneal. In 6 Fällen trat ein Pyothorax auf, in 2 Fällen war eine fibrinöse trockene Pleuritis der Lungenbasis und der Pleura diaphragmatica vorhanden.

Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dass ein operativer Eingriff leicht ist, wenn der Abscess sich vorn und oben entwickelt hat und unter dem Rippenbogen hervorkommt; eine Incision wird genügen. Schwieriger ist derselbe, wenn der Abscess sich nur hinten entwickelt hat; je früher die Operation, um so eher ist ein intakter Sinus pleurocostalis in Rechnung zu ziehen. In solchen Fällen ist die Annähung der Pleura diaphragmatica an die Pleura costalis empfohlen worden. Hier wurde einmal die Punktion mit folgender Heberdrainage angewandt; ein positives Urtheil ist darüber nicht abzugeben, da dieser Fall prognostisch in Folge allgemeiner Peritonitis infaust war. — Die relative frühzeitige Operation der Appendicitis mit Entfernung des Wurmfortsatzes und die Nachbehandlung (energische und breite Tamponade) trugen wohl zur Prophylaxe der subphrenischen Abscesse bei und erklären die geringe Anzahl derselben bei einem so großen Materiale.

4) Herr Sonnenburg: Die Behandlung umschriebener Abscesse der Peritonealhöhle.

Entgegen dem neuerdings von Riedel-Jena vertretenen Standpunkte, durch das freie Peritoneum hindurch umschriebene Abscesse der Peritonealhöhle aufzusuchen, zu entfernen mitsammt dem Wurmfortsatze, die Wunde, besonders das Peritoneum dann wieder zu schließen, betont S., dass das Aufsuchen des Abscesses von der Stelle aus, wo er mit dem Peritoneum verwachsen, rathsamer ist. Denn zunächst ist man über die Beschaffenheit des freien Theiles der Bauchhöhle in der Umgebung der Abscesse klinisch, wenn man, wie Riedel es thut, in den ersten 24 Stunden nach Beginn einer Appendicitis operirt, im Unklaren, und leicht kann ein nicht intaktes Peritoneum bei diesem Verfahren sich schnell entzünden; sodann heilen sicher eine Reihe solcher Abkapselungen von selber aus. Es ist daher nicht nöthig, jeden Fall von Epityphlitis sofort zu operiren; sodann soll der Weg durch das freie Peritoneum zum Abscess nicht Regel sondern Ausnahme sein und nur dann betreten werden, wenn der umschriebene Abscess mitten zwischen Dünndarmschlingen etc. liegt. Die Fälle sind aber selten; in der Regel kann man jeden Abscess von dem Darmbeinschnitte aus ohne Eröffnung der freien Bauchhöhle erreichen und den Wurmfortsatz exstirpiren. Die hierbei vielleicht nothwendig werdende Eröffnung eines kleinen Theiles der freien Bauchhöhle ist bedeutungslos gegenüber dem anderen Eingriffe. Auch gegen den Verschluss derartiger Wundhöhlen wendet sich S.; er hält die Tamponade für richtiger zur Ab-

[1] 7 Fälle operirt († 3), nicht operirt 2 († 2).



leitung der Sekrete, die doch nicht alle entfernt werden können, und von deren Einwirkung aufs Peritoneum man nicht im Voraus Genaues wissen kann. Wenn auch nach der Tamponade leichter Bauchbrüche entstehen, so kann man letztere später durch einfache Operation beseitigen.

(Der Vortrag ist erschienen Deutsche med. Wochenschrift 1900 No. 5.)

Diskussion zu den Vorträgen 3) und 4).

Herr Karewski beobachtete einen subphrenischen Abscess, der nicht auf peritonitischer Basis, sondern von einer Osteomyelitis der 11. und 12. Rippe nach Stoß mit einer Wagendeichsel gegen die Wirbelsäule seinen Ausgang genommen hatte. Ein anderer von ihm beobachteter Fall war bei einem 9jährigen Mädchen entstanden in Folge einer Überfahrung. 4 Wochen nach dem Unfalle Resistenz in der linken Oberbauchgegend. Operation, Resektion der 10. Rippe, Eröffnung der Pleurahöhle, Annähung der Pleura, Incision des Zwerchfelles; aus der Incisionswunde wird außer Abscesseiter die nekrotische Milz entfernt.

Herr Körte: Unter den 35 von ihm operirten Fällen subphrenischer Abscesse konnte er als Ausgangspunkt 16mal eine Appendicitis konstatiren; die anderen Abscesse gingen aus vom Magen, der Leber, Niere, Pleura, Osteomyelitis der Rippen; in dreien blieb die Ätiologie zweifelhaft.

Herr Lindner operirt in ähnlicher Weise wie Riedel.

5) Herr Hermes: Gleichzeitige Extra- und Intra-uterin-Gravidität.

Eine am 4. September im Krankenhause Moabit aufgenommene Pat. bot das Bild schwerster Anämie, Entleerung von wenig Blut aus der Scheide. Diagnose: Tubarschwangerschaft, Ruptur.

Laparotomie am 13. September.

In der Bauchhöhle reichliche Mengen geronnenen Blutes, rechte Tube rupturirt, wird mit dem Ovarium exstirpirt. Mikroskopisch lassen sich in der Tubenwand Chorionzotten nachweisen.

Pat. wurde nach einigen Wochen geheilt aus dem Krankenhause entlassen, der Uterus war noch vergrößert. 4 Wochen später klagte sie über Schwangerschaftsbeschwerden, die Untersuchung ließ letztere vermuthen.

Am Ende der Schwangerschaft erfolgte eine normale Entbindung. In den bisher veröffentlichten Fällen folgte auf die Exstirpation einer geplatzten Tube (operirte Tubargravidität) stets Abort.

6) Herr Mühsam: Experimentelles zur Frage der Antiperistaltik.

Speciell die Arbeiten Grützner's über diese Frage lenkten die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich. Er beobachtete das Hinaufwandern kleinster Partikelchen, wie Kohle und Stärke, geschnittene Pferdehaare, welche in 6%iger Kochsalzlösung suspendirt waren, nach Injektion ins Rectum; er nimmt neben dem durch die Perstaltik bedingten abwärts gerichteten Strom des Speisebreies einen aufwärts gerichteten Randstrom an. Diese Untersuchungen werden theils bestätigt, theils bestritten. Weitere Untersuchungen Grützner's führten ihn zur Annahme des Vorhandenseins von Pendelbewegungen im Darme, die indess mit antiperistaltischen nicht als identisch aufzufassen seien. Ein anderer Forscher, Kirstein, drehte eine aus dem Zusammenhange mit dem übrigen Darme gelöste Darmschlinge, die aber noch am Mesenterium hing, 180° um ihre Achse herum, und befestigte sie wieder am Darmrohre. Die Thiere (Hunde) nahmen Nahrungsmittel normal auf; nach ihrer Tödtung fand er gleichmäßige Erweiterung des Darmes oberhalb und unterhalb der oberen Nahtstelle. Er glaubt, dass in dem umgedrehten Darmtheile, wenigstens zeitweise, eine antiperistaltische Bewegung stattgefunden habe.

Nach Ansicht des Vortr. wäre es aber auch möglich, dass der Darminhalt, in Folge der kräftigen Muskulatur des Hundedarmes, durch die umgedrehte Darmpartie hindurchgespritzt worden sei.

Um sich darüber Gewissheit zu verschaffen, drehte Vortr. einigen Hunden das ganze Ileum um, von denen ein Thier lange genug — die anderen starben bald an Peritonitis — lebte, um die Verhältnisse genau studiren zu können. Der mit

Milch und Wasser, Schabefleisch, Semmel und Gemüse gefütterte Hund hatte regelmäßigen Stuhlgang, meist von diarrhoischer Beschaffenheit, per os eingeflößte Thierkohle färbte den Koth schwarz.

Vom 20. Tage ab trat Erbrechen und Verweigerung der Nahrungsaufnahme ein, was seinen Grund in der Abknickung einer Darmschlinge hatte, wie eine Laparotomie lehrte. In Folge Lösung von Verklebungen war aber der Darm von Mesenterium entblößt worden, und es musste ein Stück resecirt werden, was schließlich den Tod des Hundes zur Folge hatte.

Die Sektion ergab, dass die Nahtstellen (der umgedrehten und vereinigten Darmenden) durchgängig und die Därme fest durch die Naht vereinigt waren.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die ihrem Baue nach vollkommen verschiedenen Schleimhäute des Jejunum und Ileum neben einander liegend, durch eine schmale Zone von Granulationsgewebe getrennt.

Bei einem anderen in derselben Weise operirten Hunde trat Erbrechen und blutiger Stuhlgang auf, der seinen Grund in einer Intussusception von 10 cm Länge hatte. Die pathologischen Intussusceptionen sind in der Regel absteigend; da die vorliegende Invagination entstanden sein muss durch zeitweise auftretende mächtige Bewegungen des umgedrehten Darmes im Sinne normaler Peristaltik, so war diese Invagination eigentlich auch als eine absteigende zu betrachten.

Wenn nun auch erwiesen ist, dass der Dünndarm Speisebrei im umgekehrten Sinne durch fast seine ganze Länge hindurchtreiben kann, ist doch kaum anzunehmen, dass der so operirte Hund längere Zeit am Leben hätte bleiben können, er ist an Erschöpfung zu Grunde gegangen, denn es kann doch für die Verarbeitung und Ausnutzung der Speisen nicht gleichgültig sein, ob der Darminhalt das Ileum vor dem Jejunum passirt. **Sarfert** (Berlin).

---

25) **G. B. Cerruti.** Sulla cura dell' ipospadia penoscrotale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 132.)

Verf. bildete bei einem 3jährigen Kinde 2 Seitenlappen, die er wiederum mit Präputialhaut deckte. Letztere wurde nach unten gezogen, nachdem die Eichel durch einen Dorsalschnitt hindurchgesteckt war. Den Rest des Defektes im Scrotalwinkel deckte C. durch einige spätere Operationen, wodurch der Dauerkatheter unnöthig wurde. Eine Fistel blieb übrigens auch zuletzt noch bestehen. Das Wood'sche Verfahren hat nichts als die Verwendung des Präputiummateriales mit der Methode des Verf. gemein. **Dreyer** (Köln).

26) **L. B. Schapiro.** Angeborenes Divertikel und Stein der Harnröhre.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 5.)

37jähriger Pat., 5 Tage lang kein Harnlassen. Sectio mediana. Man findet ein Divertikel von der Größe eines Hühnereies und darin einen Stein von 58 g. Der Kern besteht aus Uraten, die äußeren Schichten aus Phosphaten. Heilung. Die Harnbeschwerden bestanden seit dem 13. Lebensjahre.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

27) **Baron.** Ruptures interstitielles de l'urètre et rétrécissements consécutifs.

(Presse méd. 1898. No. 40.)

Unter einer »Rupture interstitielle« versteht Verf. eine Zerreißung der Harnröhre nur in ihrem spongiösen Theile mit völliger Unversehrtheit der Schleimhaut, ohne Blutung in die Harnröhre. Es ist vielfach die Möglichkeit einer solchen Verletzung angezweifelt worden, und in manchen Lehrbüchern ist dieselbe nicht erwähnt. Verf. ist aber in der Lage, den wenigen bisher veröffentlichten, unzweifelhaften derartigen Fällen 2 neue hinzuzufügen, welche in der That kaum



anders gedeutet werden können. In dem einen Falle handelte es sich um einen 25jährigen Mann, der mehrere Jahre vorher rittlings gefallen war und damals eine Schwellung am Damme gehabt hatte ohne Blutung aus der Harnröhre. Es hatten sich aber im Laufe der Zeit wiederholt Anfälle von Urinretention eingestellt, die letzte Retention geschah plötzlich kurz nach seiner Verheirathung. Gonorrhoe ist völlig ausgeschlossen. Es wurde nun eine sehr enge Striktur nachgewiesen im Perinealtheile der Harnröhre; nach einer Urethrotomia interna nach Maisonneuve Heilung. Der 2. Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der ebenfalls rittlings gefallen war und eine Zeit lang danach über Schmerzen beim Urinlassen geklagt hatte, ohne dass seine Eltern etwas darauf gegeben hatten; auch hier keine Blutung aus der Harnröhre. Im Krankenhause wurde eine Striktur festgestellt. Verf. hält die langsame Entwicklung der Verengerungen für charakteristisch.

Tschmarke (Magdeburg).

28) J. Matković sen. Massenhafte Entleerungen von Blasensteinen.

(Liečnički viestnik 1899. No. 11.)

M. berichtet von einem 70jährigen Pat., bei dem zu gewissen Zeiten große Massen von Steinen aus der Blase kommen. Gewöhnlich ist der Urin normal, dann kommt eine Zeit, wo Pat. Schmerzen in der Nierengegend bekommt und in 2 Tagen 100—200 erbsengroße Steine entleert; die Steine sind reine Urate. Dies wiederholt sich in Zwischenräumen von einigen Monaten.

v. Čačković (Agram).

29) Brozosowski. Zehn Fälle von hohem Blasenschnitte in der Semstwopraxis.

(Chirurgia Bd. V. p. 261. [Russisch.])

B. hat 10 Steinschnitte unter sehr dürftigen Krankenhausverhältnissen gemacht. So war ein besonderes Operationszimmer nicht vorhanden. Als solches diente das gesäuberte Empfangszimmer. Die Instrumente wurden gekocht, die Verbandstoffe wurden in den 3 ersten Fällen ohne jede weitere Zubereitung, in den 7 letzten im Dampfe sterilisirt verwendet. Die Krankenräume waren ebenfalls mangelhaft, dunkel und überfüllt. Von den 10 Operirten starb 1 an Septhämie. Es hatte sich in diesem Falle um ein Blasendivertikel gehandelt, das so groß war, dass die Blase eine Sanduhrform hatte. Ohne jede Temperaturerhöhung verliefen 4 Fälle (darunter einer tödlich). Von den 8 Fällen mit Blasennaht hatte diese 4mal gehalten, 3mal war sie theilweise aus einander gewichen und 1mal aufgegangen. In die Blase wurde gewöhnlich ein Verweilkatheter eingeführt.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

30) E. Assendelft. Bericht über 630 stationär behandelte Steinkranke.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XL. Hft. 3.)

Die rein kasuistisch gehaltene Arbeit beansprucht gewiss ein besonderes Interesse, in so fern sie über eine beträchtliche Anzahl von Steinkranken berichtet, wie sie sehr selten von der Hand eines einzelnen Chirurgen operativ behandelt worden sind. Dabei ist noch zu bedenken, dass der Verf. alle diese Operationen in einem Privathospitale auf dem Lande in Russland ausgeführt hat, unter Bedingungen, welche an Assistenz, nachfolgender Krankenpflege und manchen anderen für uns unabweisbaren Faktoren sehr viel zu wünschen übrig ließen. Um so mehr ist anzuerkennen, dass unter 460 Fällen von hohem Blasenschnitt nach Ausschaltung einiger weniger durch nichts auf den Eingriff zurückzuführender Todesfälle die Sterblichkeit nur 2% betrug. A. hat übrigens neben dem hohen Blasenschnitte auch die anderen Operationsmethoden geübt, Seitenschnitt und Medianschnitt am Damme, wie auch die Litholapaxie in einigen Fällen. Doch ist seine Ansicht, dass das letztere Verfahren aus mancherlei Gründen auch in Zukunft noch nicht für die russischen Ärzte das Verfahren der Wahl sein kann. Interessant ist in der Statistik des Verf., dass die überaus große Mehrzahl der Steinkranken und

damit auch der Blasenoperationen im jugendlichen Alter steht. Nur 13% betreffen das Lebensalter jenseits von 20 bis zu 65 Jahren. Bemerkenswerth erscheint übrigens noch, dass die Resultate des Berichterstatters nicht in ihrem Erfolge quoad vitam dadurch beeinflusst worden sind, dass er unter seinen Verhältnissen auf die primäre Blasennaht verzichtete und Drainage anwendete. Es dürfte schwer fallen, mit vollkommeneren Methoden bessere Resultate bezüglich der geringen Sterblichkeit zu erzielen. Die Diagnose ist von A. in den meisten Fällen durch die Sondirung gestellt worden. Die Cystoskopie kam nur in seltenen Fällen zur Anwendung. Tritt nach einer Sectio alta Blasenkatarrh auf, so hat A. früher sofort die lokale Behandlung begonnen. Diese Fälle verlaufen aber nach seiner Ansicht weniger protrahirt, seitdem er dies aufgegeben hat.

Die Statistik des Verf. ist jedenfalls recht interessant, wenn sie auch in manchen Dingen von der Art der Diagnostik und Therapie, besonders auch der operativen Technik abweicht von dem, was heut zu Tage bei uns landesüblich ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

31) **X. Delore** und **A. Carrel.** Seltene Missbildung des rechten Orificium uretero-vesicale. Kongenitale Hydronephrose. (Ins Deutsche übertragen von Dr. Dreysel.)

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 9.)

Die Verff. fügen den 3 bekannten Kategorien von Abnormitäten des Orificium uretero-vesicale — abnorm langer Verlauf in der Blasenwandung, Verengerung der Harnleitermündung, vollständiger Verschluss des untersten Harnleiterstückes, blindsackförmige Einmündung desselben — eine fünfte an, die sie bei einem 34jährigen Manne, der einer Urinphlegmone zum Opfer fiel, vorfanden. Es handelte sich um ein Divertikel der Blase im Harnleiter, das bisher noch nicht beobachtet worden ist und das sich bei Eröffnung des rechten Harnleiters in seiner Lichtung, nahe der Blase in Form einer weichen, rundlichen, 6—7 cm langen, darmschlingenähnlichen Geschwulst vorfand und eine wirkliche Einstülpung der Blasenwand in den Harnleiter darstellte. Das Schleimhautorificium dieses Harnleiters fand sich an der lateralen Seite dieses eingestülpten Divertikels von normaler Weite.

Die Verff. nehmen an, dass sich die Anomalie auf dem Boden einer doppelseitigen Hydronephrose bei bestehender Entwicklungsmissbildung an der rechten Harnleitermündung herausgebildet hat. Letztere bestand wahrscheinlich in einer Erweiterung des Orificiums innerhalb des Verlaufes in der Blasenmuskulatur bei normal weiter Schleimhautöffnung. Die Muskulatur war an dieser Stelle atrophisch, die Wandung nur aus Blasen- und Harnleiterschleimhaut bestehend. Durch die Blasenkontraktionen wurde diese dünne Scheidewand allmählich in den Harnleiter hineingedrängt und das Divertikel gebildet. **F. Krumm** (Karlsruhe).

32) **M. L. Kreps.** Weitere Beobachtungen über Harnleiterkatheterisation.

(Wratsch 1899. No. 46. [Russisch.])

3 interessante Fälle. 1) 41jähriger Pat. mit polycystöser Degeneration beider Nieren. Während des Lebens: im Urin $^1/_2{}^0/_{00}$ Eiweiß, viel Epithel und wenig weiße und rothe Blutkörper. Rechte Niere vergrößert, glatt, linke sehr vergrößert, höckrig, schmerzhaft. Man vermuthete bösartige Neubildung links und kompensatorische Hypertrophie der rechten Niere. Blase normal; erst die Katheterisation der Harnleiter zeigte, dass die rechte Niere noch schlechteren Harn entleerte als die linke. Die Operation, die anfänglich beschlossen war, unterblieb; die bald darauf mögliche Sektion zeigte beide Nieren entartet, eben so Cysten in der Leber. Leider konnte über die Familienmitglieder nichts erfahren werden. — 2) 27jährige Frau mit Harnträufeln. Mit der Sonde konnte in der Cervix, aus der der Harn kam, keine Öffnung gefunden werden; in die Blase injicirte Milch kam nicht zur Cervix hervor; man nahm daher eine Harnleiterfistel an. Die Cystoskopie zeigte aber dicht neben der linken Harnleiteröffnung eine Grube, und nun konnte Verf. eine Sonde in den Harnleiter, eine andere in die erwähnte Grube einführen;



letztere kam hoch oben in der Cervix zum Vorschein. Die Operation brachte Heilung. — 3) Ein 52jähriger Mann hat von Zeit zu Zeit Blut im Harne. Cystoskopie: Mittellappen der Prostata hypertrophisch; die Venen im Fundus dick, blauroth, stellenweise varikös; ein Knoten blutet, obwohl nicht stark. Bei der Besichtigung der Harnleiteröffnungen sah K. einen Harnstrahl, der aber röthlich gefärbt war; er führte nun in die Harnleiter je einen Katheter ein und fand normalen Harn. Die röthliche Färbung des Strahles aus der Öffnung hing also von der Blutbeimengung in der Blase ab. Verf. hatte einen seltenen Fall von Blasenhämorrhoiden vor sich, dessen Diagnose außer Zweifel ist; einen ähnlichen Fall fand K. nur bei Brisseau de Bocher beschrieben.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

33) **P. Reynier.** Néphrectomie pour hématurie grave consécutive à une contusion rénale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXI. p. 34.)

Bei einer Frau, die durch Überfahrenwerden einen Bruch der linken 8. und 9. Rippe und schwere Nierenkontusion erlitten hatte, machte R. am 8. Tage nach der Verletzung wegen recidivirender schwerster Hämaturie die Nephrektomie mit bestem Erfolge. Der quer über die Rückfläche der Niere verlaufende Riss erstreckte sich bis ins Nierenbecken und griff über den konvexen Nierenrand auch auf die Vorderfläche über. Ohne Exstirpation der Niere wäre eine Blutstillung nicht zu erreichen gewesen. **Reichel** (Chemnitz).

34) **S. P. Fedorow.** Ein Fall von Stillung einer Nierenblutung mittels Kompression der Arterie per laparotomiam.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. No. 6.)

Der 26jährige Pat. wurde wegen Nierenstein und Pyonephrose operirt. Da die Niere fest mit der Umgebung verwachsen war, konnte sie nicht entfernt werden; eine bei der Operation entstandene Risswunde des Nierenparenchyms wurde tamponirt. 2 Stunden nachher begann eine parenchymatöse Blutung, die auf keine Weise gestillt werden konnte und Pat. dem Tode nahe brachte. Im letzten Augenblicke machte F. am pulslosen Pat. folgende Operation: Von der Lendenwunde aus wurde das Bauchfell geöffnet, ein Finger eingeführt und mit einigen Scherenschlägen die ganze seitliche Bauchwand nach vorn bis zum Nabel aufgeschnitten; da auch jetzt die Hand noch nicht eingeführt werden konnte, wurde vorn noch je ein Schnitt am äußeren Rectusrande nach oben und unten geführt. Jetzt drang F. mit der linken Hand an den Hylus renis und legte durch das hintere Bauchfellblatt, ohne dasselbe zu eröffnen, eine große Klemme auf den ganzen fibrös entarteten Hylus an; das Ende der Klemme wurde vorn am Nabel zur Wunde herausgeführt. Darauf Naht der Bauchwunde und eines Theiles der Lendenwunde. Die Blutung stand. Die ganze Operation dauerte nur ein paar Minuten. Die Klemme wurde nach 20 Stunden entfernt. Leichte Peritonitissymptome, die aber bald schwanden. 5 Tage lang stießen sich Fetzen nekrotischen Nierengewebes ab, dann granulirte die Wunde. Heilung. — Die Ausscheidung des Urins aus der Wunde hörte schon nach 10 Tagen auf. — F. empfiehlt für solche schwere Nierenblutungen die Unterbindung der Nierenarterie nach Laparotomien, die von Prof. Bobrow vorgeschlagen wurde. Dasselbe schlägt Verf. auch für Fälle veralteter Nierenfisteln vor, da obiger Fall beweist, dass nach Unterbindung von Arterie und Vene die Nierenfunktion bald erlischt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

35) **Damascelli.** Per l'etiologia delle pielonefriti.

(XIV. Congresso di chirurgia. Roma Ottobre 28—30.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 139.)

D. berichtet über einen von Prof. d'Antona in Neapel operirten Fall von Pyelonephritis. In der exstirpirten Niere fand sich eine Reinkultur von Bacillus *tetragenus*, der sonst noch nie in der Niere gefunden ist und überhaupt nur selten bei Eiterungsprocessen angetroffen wird. Die reiche Zahl der Bakterien, welche

Niereneiterungen hervorrufen können, wird um einen weiteren Bacillus damit vermehrt. **Dreyer** (Köln).

36) **Fedorow.** Zur Kasuistik der Nierensteine.

(Chirurgia Bd. V. p. 252. [Russisch.])

Die 37jährige Kranke klagte über Schmerzen in der rechten Seite und Fieber. Sie hatte eine Pyonephrose mit einem großen Phosphatsteine, der einen Oxalkern enthielt. Die Niere wurde herausgenommen, Heilung. Als bemerkenswerth hebt F. hervor, dass sich in diesem Falle niemals Nierenkoliken und eben so wenig Blut im Harn gezeigt habe. Er führt eine Reihe anderer ähnlicher Fälle an, in welchen ebenfalls bei Pyonephrose und Stein keine charakteristischen Erscheinungen vorhanden gewesen waren. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

37) **J. Kosiński.** Angeborene cystische Degeneration der Niere. Kompleter Mangel der Nierengefäße. Exstirpation bei einem 16 Monate alten Kinde.

(Medycyna 1899. No. 39.)

Die Krankengeschichte des äußerst interessanten Falles ist folgende: Die sehr intelligente Mutter gewahrte bei ihrem einige Monate alten Kinde in der Bauchhöhle rechts eine runde, langsam aber stetig wachsende Geschwulst. Der allgemeine Ernährungszustand des Kindes litt darunter Anfangs fast gar nicht, nur stellten sich in Zwischenräumen von einigen Wochen anfallsweise heftige Leibschmerzen ein. Die Diagnose wurde anderwärts auf Hydronephrose gestellt. Verf. bekam das Kind in dessen 16. Lebensmonate zu Gesicht, wo es bedeutend herabgekommen war. Die Untersuchung ergab rechts in der Bauchhöhle eine kuglige, glattwandige, fluktuirende, mäßig — namentlich nach unten — bewegliche, orangegroße Geschwulst. Der Perkussionsschall über derselben abwechselnd tympanitisch und gedämpft. Vom Mastdarme her konnte der untere Pol der Geschwulst, falls selbe herabgedrängt wurde, gefühlt werden. Da die Eltern des Kindes dringend die Operation wünschten, wurde selbe vom Verf. in folgender Weise ausgeführt. Schnitt von der 11. Rippe bis zum vorderen Darmbeinstachel, Bloßlegung der Geschwulst ohne Eröffnung des Bauchfelles. Ihre Ausschälung gelang relativ leicht auf stumpfem Wege, wobei sich Verf. davon überzeugte, dass sie aus 2 über einander gelegenen Theilen bestand. Beide Theile standen nur durch lockeres Bindegewebe mit einander in Verbindung, und ihre cystischen Höhlen kommunicirten nicht mit einander. Bei der Freipräparirung der unteren Hälfte, welcher die Tube fest anlag, riss das Bauchfell ein, wurde aber gleich durch Naht geschlossen. Die obere Hälfte war ganz lose in das umgebende Bindegewebe eingebettet; den Stiel derselben bildete bloß der Harnleiter, ohne jedes Gefäß: Schluss der Wunde bis auf deren unteren Winkel, in welchem ein Jodoformgazestreifen eingeführt wurde. Glatte Heilung.

An der exstirpirten Geschwulst präsentirte sich die untere Hälfte als unilokuläre glattwandige Cyste, während die obere aus 6 mit einander nicht kommunicirenden Höhlen bestand. Den Inhalt der einzelnen Cysten bildete eine wasserklare, nicht klebrige Flüssigkeit. Die Dicke der Cystenwandungen war an einzelnen Stellen eine verschiedene. Der Harnleiter mündete frei in eine der Cysten. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwände ergab das Vorhandensein von Malpighi'schen Knäueln und gewundenen Harnkanälchen, welcher Befund die schon früher geäußerte Vermuthung, dass die Geschwulst den Wolff'schen Körpern ihre Entstehung verdanke, bestätigte. **Trzebicky** (Krakau).

38) **M. Borst.** Die kongenitalen cystösen Neubildungen der Niere und der Leber.

(Festschrift zur Feier ihres 50jährigen Bestehens herausgegeben von der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg.)

Würzburg, **A. Stuber's** Verlag (**C. Kabitzsch**), 1899.

Bei der Sektion eines unter den Erscheinungen zunehmender allgemeiner Atrophie zu Grunde gegangenen 7 Monate alten Kindes fand B. beide Nieren be-



trächtlich vergrößert und von einer Masse dichtgedrängter, verschieden großer, mit klarer, wässriger Flüssigkeit gefüllter Cystchen durchsetzt, Rinden- und Marksubstanz derart irregulär angeordnet, dass eine Unterscheidung beider Zonen nur mit Mühe gelingt. Die Bläschen der Rindensubstanz sind länglich-oval, die der Marksubstanz kugelig, die größten Exemplare erreichten nicht Erbsengröße. Die ebenfalls vergrößerte Leber lässt auf dem Durchschnitte eine durch das ganze Organ verbreitete Hyperplasie des periportalen Bindegewebes erkennen, das seinerseits von einer Menge feinerer und gröberer Porositäten durchsetzt ist. Mit dem Bilde der gewöhnlichen Cirrhose hat diese Bindegewebshyperplasie wenig Ähnlichkeit.

B. konnte nun an mikroskopischen Präparaten den Nachweis führen, dass in der Leber sowohl wie in den Nieren das Primäre eine Wucherung der epithelialen Elemente im Sinne einer adenomatösen Neubildung ist. In der Leber geht diese Wucherung von den periportalen Gallengängen aus. »Durch weiteres Wachsthum und sekundäre Dilatation der einmal entstandenen Gänge ergaben sich größere, fast cystöse, von Cylinderzellen austapezirte, mit einander vielfach in Verbindung stehende Räume. An der Wachsthumsgrenze der Neubildung dringen junge Gallengänge unter Umbildung des cylindrischen Epithels zu niedrigen kubischen, polygonalen oder mehr platt ausgestreckten protoplasmatischen Formen als ein- oder mehrzeilige Sprossen in das Leberparenchym vor, so zwar, dass sie in die Leberbalken selbst eindringen und dem Verbreitungsgebiete der intraacinösen Gallenkapillaren folgen; die Leberzellen fallen dabei allmählichem Schwunde anheim.« Hand in Hand mit dieser Epithelwucherung, welche die Leberbalken verdrängt und durch dilatirte Gallengänge ersetzt, geht eine sekundäre Bindegewebsproliferation, die zur Ausbildung eines reichlichen Stützgerüstes für die neugebildeten Gallengänge führt.

Ähnliche Vorgänge spielen sich an den Nieren ab; auch hier handelt es sich um einen echten, adenomähnlichen, gelegentlich sogar embryonalen Charakter aufweisenden Neubildungsprocess, welcher zwischen fertiges, voll und physiologisch entwickeltes Parenchym hinein erfolgt und dieses durch Druck zum Schwinden bringt, auch hier begleitet von einer verschieden mächtigen Bindegewebsentwicklung. Komplicirt ist der Vorgang in den Nieren noch durch eine akute bacilläre Infektion, welche das noch übrige funktionirende Parenchym durch trübe Schwellung und Eiterung zu Grunde gerichtet hat.

B. tritt, entsprechend seinen Befunden, der Virchow'schen Ansicht einer entzündlichen Bindegewebswucherung mit cystischer Entartung des Parenchyms in Folge Kompression und Retention entgegen und schließt sich der Ansicht von Nauwerck und Hufschmid, so wie v. Kahlden an, dass wir es bei der kongenitalen Cystenleber und -Niere mit einer echten Epithelwucherung, einer adenomatösen Geschwulstbildung zu thun haben. Als Ursache für die Erkrankung nimmt er eine in relativ später Embryonalzeit einsetzende Entwicklungsstörung an, welche »auf einer Disturbation des regulären Ineinandergreifens von Bindesubstanz und Epithel beruht«. — Die Cystenlunge ist nach seiner Ansicht auf ganz analoge Vorgänge zurückzuführen.

Eine farbige Tafel illustrirt die mikroskopischen Befunde.

R. v. Hippel (Dresden).

39) P. Reynier. Adénome du rein.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 263.)

R. berichtet über einen mittels Nephrektomie erfolgreich operirten Falle eines Adenoepithelioms der linken Niere bei einem seit 8 Wochen an häufiger Hämaturie leidenden 64jährigen Pat. Die Geschwulst war sehr gefäßreich, hatte im Centrum der Niere die Größe einer großen Mandel, war aber ins Nierenbecken und unter die Nierenkapsel durchgebrochen und hatte durch Bildung einer großen Blutcyste an letzterer Stelle die fühlbare Nierengeschwulst sehr voluminös gemacht.

Reichel (Chemnitz).

40) **P. Rosenstein.** Zur Kasuistik der Geschwulstthrombose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Bei der Sektion eines 6jährigen Kindes fand man neben einer bösartigen Geschwulst der linken Niere Geschwulstthrombosen der linken Vena renalis, der Vena cava inferior und des rechten Vorhofes. Makroskopisch wurde die Geschwulst für ein Myxosarkom gehalten; sie erwies sich jedoch bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Cylindrom, eine bisher primär an der Niere nicht beobachtete Geschwulstart. Das Überwuchern von Sarkomen in die Venen und ihre Verbreitung auf dem Blutwege ist länger bekannt, indessen giebt es bisher nur wenig ähnliche Mittheilungen, nach denen das Venenrohr auf so ausgedehnte Strecken hin durch Einbruch von Geschwulstmassen ausgefüllt wurde. Bei vielen aus der Litteratur zusammengestellten Fällen, die hierher zu gehören scheinen, fehlt die mikroskopische Untersuchung, und es handelte sich wiederholt wohl nur um eine ausgedehntere Blutgerinnung nach Hineinwuchern der Geschwulst in die Vene, möglicherweise später um einen Ersatz des Thrombus durch Carcinomgewebe. Aber nur 3 sichere Fälle konnte Verf. finden, bei denen die Geschwulstmassen vom primären Herde bis zum Herzen reichten. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

41) **L. Lissman-Wulf.** Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren Nephrektomirten.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 9.)

Durch die in der Posner'schen Poliklinik gemachten Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren nephrektomirten Pat. wurde Folgendes festgestellt: Die hypertrophische, allein funktionirende Niere konnte durch Röntgenphotogramm genau in ihrer Lage und außerordentlichen Größe sichtbar gemacht werden. Cystoskopisch fand sich eine divertikelartige Ausstülpung ihres Harnleiters in die Blase, die vielleicht als erworben angesehen werden muss und durch Drucksteigerung im Harnleiter, dem die Bewältigung der gesammten Urinmenge überlassen ist, bedingt sein kann. Durch einen Stoffwechselversuch wurde festgestellt, dass auch größere Mengen eingeführten Stickstoffes innerhalb 24 Stunden prompt bewältigt wurden. Bei der Prüfung der Durchgängigkeit für Methylenblau fanden die Untersucher die Angaben französischer Autoren bestätigt: der Farbstoff erschien schon eine halbe Stunde nach der Einspritzung im Urin wieder, die Dauer der Ausscheidung zeigte sich verlängert (4 Tage) und von polycyklisch-intermittirendem Typus. **F. Krumm** (Karlsruhe).

42) **M. M. Kusnetzow.** Ein Fall von Nephrektomie.

(Wratsch 1899. No. 44. [Russisch.])

Es handelte sich um eine Pyonephrose bei einer 30jährigen Pat., deren Ursache nicht genügend aufgeklärt werden konnte. Vor 5—6 Jahren litt Pat. an Nierenkoliken, vor 2 Jahren bekam sie weißen Fluss; wahrscheinlich wurde von letzterem die vorhandene Pyelitis inficirt. Die Geschwulst sitzt rechts, ist 10,5 cm lang, und entleert bei Druck auf sie Eiter in die Blase. Nephrektomie (Schnitt nach Kocher). Der mit Eiter gefüllte Sack ist fest verwachsen mit der Umgebung, besonders oben mit der Leber und den Lendenmuskeln. Zuletzt gelang es aber doch, sie freizulegen. Die Nierenarterie wurde unterbunden, blutete aber doch nach der Durchtrennung; die Nierenvene geht unmittelbar vom inneren Rande der Geschwulst in die Cava über, kann nicht unterbunden werden. Daher werden Arterie und Vene mit je einem Péan zugeklemmt. Bei den Versuchen, die Vene zu unterbinden, entstand eine Längsspalte in der Hohlvene, die durch 2 Pincetten geschlossen wurde. Tamponade der Wunde. Die 4 Pincetten wurden nach 48 Stunden entfernt, der Tampon nach 7 Tagen; um bis dahin jede Infektion zu verhüten, wurden die aus der Wunde hervortretenden Enden des Tampons mit Jodtinktur getränkt. In Folge der langen Eiterung hatte die andere Niere gelitten, und dauerten die Pyurie und Ödem an den Füßen noch mehrere Wochen nach der Operation an. Nach 10 Monaten sah K. die Pat. wieder und fand sie in sehr

gutem Zustande; aus einer tiefen Fistel in der Narbe wurde ein dicker Ligaturfaden entfernt. Im Eiter der entfernten Niere fand man das Bact. coli commune.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

43) Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 8. Versammlung.

Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.

Einen großen Theil der Verhandlungen nehmen die Referate von Zweifel und v. Rosthorn über die Behandlung der Myome und die daran sich anschließende Diskussion ein. Da wesentlich neue Thatsachen, speciell in chirurgischer Beziehung, hierbei nicht vorgebracht wurden, so können wir auf eine Wiedergabe an dieser Stelle verzichten. Von den übrigen Vorträgen sind für den Chirurgen die folgenden von Interesse:

1) Döderlein (Tübingen): Über Angiothrypsie.

D. empfiehlt das von Doyen erfundene Verfahren zur Blutstillung auf Grund von 50 Operationen. Seine Erfahrungen sind sehr günstige. Den Tuffier'schen Vorschlag, nachträglich keine Ligaturen anzulegen, empfiehlt D. wegen der Nachblutungsgefahr nicht. Er stillt nach Abnahme der Klammer die Blutung definitiv durch Ligatur oder Naht.

Thumim empfiehlt seine Hebelklemme, die unter 96 Fällen von vaginaler Radikaloperation nur 4mal versagte; in solchen Fällen handelte es sich um Brüchigkeit des Gewebes bei Carcinom und Arteriosklerose.

Zweifel, der bei der Angiothrypsie Anfangs auch Nachblutungen sah, hat später die vor den Klemmen gelegenen Stümpfe abgeschnitten und dann mit dem Paquelin verschorft. Seitdem hat er keine Nachblutung mehr erlebt, und die Kranken hatten nach der Operation so gut wie keine Schmerzen mehr.

2) Döderlein (Tübingen): Der Bakteriengehalt aseptischer Operationswunden.

D. tritt vor Allem Ahlfeld's Lehre von der Selbstinfektion entgegen, die auf der Voraussetzung beruht, dass der Operateur seine Hände keimfrei machen kann. Diese Frage hält D. jetzt in negativem Sinne für entschieden. Seine frühere Ansicht, dass die unter den Operationshandschuhen sich anhäufenden Keime aus der Luft stammen, hat D. jetzt dahin modificirt, dass die meisten derselben von den Händen herkommen. D. konnte nach längeren Operationen im Bauche aus der Beckenhöhle und Bauchwunde große Mengen Bakterien heraussüchten. Trotzdem genasen diese Fälle fieberfrei. Auch andere Methoden der Händedesinfektion, wie die so viel versprechende Chlordesinfektion mit Permanganatlösung unter Zusatz von Salzsäure, versagten völlig. Eine völlige Keimfreimachung der Hände ist bis jetzt unausführbar, ein vollkommen aseptisches Operiren daher eine unerfüllbare Forderung.

3) Bumm (Basel): Über Aseptik und Antiseptik.

B. hat den gesammten aseptischen Operationsapparat der Baseler Klinik bakteriologisch geprüft, um zu entscheiden, welche Methode sicherer die Keimfreiheit gewährleistet, die Aseptik oder die Antiseptik. Erstere erwies sich durchaus als unzulänglich. Schon bei Beginn der Operation zeigten sich Keime an den Händen, Tupfern, an der Wunde, dem Ligaturmaterial und in der »sterilen« Kochsalzlösung, die allmählich sich vermehrten. B. fand die verschiedensten Bakterienarten, besonders Staphylococcus albus und aureus, seltener Streptokokken. Als Ursprungsort der Keime erwiesen sich stets die Hände. Die bisherigen Desinfektionsmethoden sind daher nicht ausreichend, auch nicht der Alkohol, der die Haut nur härtet, aber in der Tiefe die Keime unverändert lässt. Nach diesen Erfahrungen ist B. wieder zur Antiseptik übergegangen, die bessere bakteriologische Resultate erzielt, als die Aseptik. B. hält auch die Vermeidung septischer Berührungen, bezw. die Abstinenz nach solchen, für eines der wichtigsten prophylaktischen Mittel gegen Wundsepsis.

In seinem Schlussworte am Ende der sehr eingehenden Diskussion über das Puerperalfieber, die sich an Referate Ahlfeld's und B.'s anschloss, kommt Letzterer zu dem Resultate, dass auf bakteriologischem Gebiete die Verhandlungen zwei Entscheidungen gebracht haben, die wir, weil auch für die Chirurgie von Bedeutung, hier wiedergeben wollen. Erstens wurde die Unmöglichkeit einer vollkommenen Desinfektion der Haut der Hände und des Operationsgebietes allgemein zugegeben, und zweitens wurde das saprophytische Wachsthum von Streptokokken im Genitalkanale auch von den Gegnern dieser Lehre anerkannt.

In den Gummihandschuhen sieht B. ein unschätzbares Mittel, um die Hände vor septischen Stoffen und die Wunden vor septischen Händen zu schützen.

4) Sarwey (Tübingen): Über Kolpoköliotomie.

S. berichtet über 60 Kolpoköliotomien aus der Tübinger Klinik (Döderlein), davon 51mal die K. posterior und 9mal die K. anterior. D. giebt ersterer grundsätzlich den Vorzug und reservirt die K. anterior nur für Geschwülste, die vorn zwischen Blase und Uterus mehr oder weniger fest fixirt sind. Als Indikationen für die K. posterior figurirten 17mal rein explorative Zwecke, 16mal Ovarialgeschwülste, 10mal Pelveoperitonitis, 3mal Pyo- und Hydrosalpinx, 3mal Bauchfelltuberkulose, 1mal ein subseröses Uterusmyom und 2mal Extra-uterin-Schwangerschaft. Die beiden letztgenannten Pat. starben, die anderen, einschließlich der mit K. anterior behandelten 58 Kranken wurden 2—3 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Als Hauptvorzüge der K. posterior vor der K. anterior nennt S. größere Einfachheit der Technik, bequeme Zugänglichkeit der inneren Genitalien, Möglichkeit einer Drainage durch die gesetzte Wundöffnung, zuverlässigere Vermeidung von Störungen im Wundverlaufe und mehr den natürlichen Verhältnissen entsprechende lineäre Narbenbildung.

5) v. Franqué (Würzburg): Über die Ausbreitung des Krebses vom Halse auf den Körper der Gebärmutter.

Die von Seelig aufgestellte Behauptung, dass bei jungem Portiokrebse der Uteruskörper bereits ergriffen sein könne, und dass desshalb schon bei beginnendem Portiokrebse die Totalexstirpation indicirt sei, hält v. F. auf Grund seiner Untersuchungen für unrichtig. Bei 12 total exstirpirten Uteri und 2 durch supravaginale Amputation gewonnenen Cervices mit Collumcarcinom waren stets das Corpus uteri und die Hauptmasse der Cervix frei von Carcinom. Man ist bei wirklich beginnendem Portiocancroid daher berechtigt, bezw. verpflichtet, die supravaginale Amputation auszuführen, und zwar mit derselben Aussicht auf Dauererfolg, wie sie die Radikaloperationen gewähren. **Jaffé** (Hamburg).

44) P. Delagénière (Tours). Anomalie des organes génitaux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 2.)

Verf. beschreibt einen interessanten Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus: Die 27jährige, bisher stets als Frau betrachtete Person litt seit 2 Jahren allmonatlich an heftigen, 4—5 Tage anhaltenden Leibschmerzen. Die äußeren Genitalien zeigten vollkommen weiblichen Typus. Die Scheide endete blindsackartig, war 5 cm tief. Ein Uterus war nicht zu fühlen. In der Annahme, dass es sich um eine Imperforatio vaginae handle, machte D. die Laparotomie. Er fand weder einen Uterus, noch Ligamenta lata, sondern neben den beiden Leistenringen 2 Organe, die ihrem Aussehen nach an Hoden erinnerten. Er exstirpirte sie. Das Mikroskop erwies sie als in Atrophie begriffene Hoden mit theilweiser adenomatöser Entartung. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 17. März.** **1900.**

1) **W. Petersen** und **A. Exner.** Über Hefepilze und Geschwulstbildung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Verff. haben sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Versuche Sanfelice's nachzuprüfen. Das Ausgangsmaterial bildete eine Kultur von Sacharom. neoformans, so wie Sacharom. hominis, als Versuchsthiere dienten Meerschweinchen und weiße Mäuse. Sämmtliche Thiere zeigten Krankheitserscheinungen und gingen an Kachexie zu Grunde. Die Sektion ergab stets enorme Überschwem-

mung aller Organe mit Hefezellen, dabei aber eine nur minimale Reaktion der einzelnen Körpergewebe. Geschwulstähnliche Bildungen traten öfters in Form weicher, teigiger Schwellungen an der Impfstelle, 3mal auch entfernt von derselben auf. Dieselben erwiesen sich durchweg als eine Art Granulationsgeschwulst, sind histologisch viel eher einzelnen Formen von Aktinomykose als echten Geschwülsten zuzurechnen.

Nach ihrem wie dem Materiale der Litteratur schließen Verff., dass ein sicherer Beweis für die ätiologische Beziehung von Sprosspilzen zu bösartigen Geschwülsten noch nicht erbracht ist. Gegen einen solchen Zusammenhang spräche, dass sich die als parasitär gedeuteten Zelleinschlüsse des Carcinoms nur zum kleinsten Theile mit Hefeformen identificiren lassen, dass Reinkultivirung von Hefe aus Geschwülsten nur ganz ausnahmsweise gelungen ist, und endlich die sicher auf Hefeinfektion beruhenden Erkrankungen von Mensch und Thier keine echten Geschwülste sind.

Honsell (Tübingen).

---

2) **R. Behla.** Die geographisch-statistische Methode als Hilfsfaktor der Krebsforschung.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXII. Hft. 1.)

Gegenüber der Thatsache, dass das Carcinom in den letzten Decennien an Häufigkeit zugenommen habe, wofür B. eine Reihe englischer, französischer und amerikanischer Autoren citirt, so wie auch die aus dem Jahre 1894 stammende diesbezügliche umfassende Statistik von Finkelnburg, glaubt Verf. die Annahme einer anderen als einer parasitären Entstehung des Carcinoms ausschließen zu sollen. Man dürfe nicht glauben, dass die Natur jetzt laxer im Aufbau des Körpers arbeite und sich mehr als früher in abgesprengten Keimen ergehe. Überdies sei das plötzliche Ansteigen der Krebserkrankungen in manchen Jahrgängen, so wie in einigen aus der Litteratur und eigener Beobachtung ihm bekannten Städten wohl kaum daraus zu erklären, dass bei allen diesen Personen zufällig embryonal angelegte Keime, Trauma, chronische Entzündung oder ein noch latenter Krebs vorhanden gewesen seien. Verf. verweist auf 2 Beobachtungen in Städtchen in der Niederlausitz, in denen allerdings in eigenartiger Weise ein gehäuftes Auftreten von Carcinom in einzelnen Stadttheilen und hier wieder in bestimmten Häusern beobachtet wurde. Merkwürdig ist dabei der Umstand, dass gerade durch diese Stadttheile in beiden Orten ein Graben fließt, der die von Krebserkrankungen fast völlig freien Bezirke beider Städte nicht berührt.

B. ist geneigt, in diesem Wasser den supponirten Carcinomerreger zu suchen, der, vielleicht mit pflanzlichen analogen Erkrankungen in irgend einem Zusammenhange stehend, durch Abfälle wie Blätter, Borken, Wurzeln etc. in das Wasser gelangt und von hier aus theils

mit dem Gebrauchswasser in das Haus oder durch Vermittlung von Gemüsen, Salat etc., die mit dem betreffenden Wasser begossen wurden, in den menschlichen Körper gelange. Da von Thieren auch die Hausthiere (Pferd, Rind, Schaf, Schwein, Ziege, Katze, Hund) so wie Ratten und Mäuse erkranken, so müsse die erstrebenswerthe genaue Statistik über die Häufung des Vorkommens des Krebses an bestimmten Orten und zu bestimmten Zeiten sich auch auf diese erstrecken.

Verf. erhofft viel von einer systematischen, einheitlichen Forschungsmethode, nachdem die bisherigen Ergebnisse noch keine befriedigenden genannt werden können. Zu diesem Zwecke scheint ihm die Bildung einer besonderen Gesellschaft für Krebsforschung sehr empfehlenswerth, der vor allen Dingen ein onkologisches Laboratorium zur Verfügung gestellt werden müsse.

Ref. hat geglaubt, die etwas seltsamen, auf bloßen Vermuthungen basirenden Auseinandersetzungen des Verf. etwas ausführlicher wiedergeben zu sollen, da in der That Vieles für einen parasitären Ursprung des Carcinoms zu sprechen scheint, und bei der bisherigen absoluten Ergebnislosigkeit aller hierauf gerichteten Bemühungen immerhin die Beobachtungen des Verf. Stoff zum Nachdenken geben könnten.

Hübener (Dresden).

---

3) **R. T. Schindler.** Zur Frage von der Gangraena angiosclerotica senilis et praesenilis.

Diss., Dorpat, 1898. LVII u. 153 S. [Russisch.]

S. verarbeitete auf Anregung von Zoege v. Manteuffel 179 Fälle aus der Litteratur, 40 von Zoege v. Manteuffel, 4 von Ignatowski (Odessa), 9 von Swjatlowski (Poltawa) und 2 eigene. Die Resultate der Behandlung sind aus nachstehender Tabelle zu ersehen:

Art der Behandlung	Gangraena angiosclerotica senilis: 128 Fälle			Gangr. angiosclerotica praesenilis: 106 Fälle		
	der Zehen allein: 35 Fälle	d. Zehen und des Fußes: 64 Fälle	des Fußes u. d. Unterschenkels: 29 Fälle	der Zehen: 52 Fälle	Zehen u. Fuß: 38 Fälle	Fuß und Unterschenkel 9 Fälle
Bei beginnender Gangrän Massage	2 (2mal m. Erfolg)					
Konstanter Strom	1 (1)					
Exartikulation der Zehen ev. mit Decapitatio metatarsi. . . .	13 (8—9)			33 (12)		
Amputationen am Fuße	5 (3)	18 (7)		7 (4)	4 (2)	
Amputatio cruris.	4 (4)	17 (9)	3 (2)	8(5—6)	16 (15)	4 (4)
Gritti, Amputatio femoris . . .	3 (1)	17 (12)	begrenzte G. 9 (7)		5 (5)	5 (5)
			progrediente 10 (7)			

Die Schlussergebnisse werden von S. so zusammengefasst:

a. Gangraena angiosclerotica senilis.

1) Im Anfangsstadium Massage, Hydrotherapie, konstanter Strom.

2) Bei Gangrän der Zehen führt deren Exartikulation nicht immer zum Ziele.

3) Hat die Gangrän außer den Zehen nur deren nächste Umgebung ergriffen, so können Operationen am Fuße Erfolg haben.

4) Wenn auch bei verbreiteter Gangrän des Fußes Unterschenkelamputationen in der Hälfte der Fälle zum Ziele führten, so wurde letzteres sicherer durch Femuramputation erreicht; hier wäre Gritti zu versuchen.

5) Bei lokaler Phlegmone und septischen Allgemeinerscheinungen ist das Femur zu amputiren, ohne die Demarkation abzuwarten.

6) Bei Verbreitung der Gangrän auf den Unterschenkel ist gleichfalls Amputatio femoris angezeigt.

b. Gangraena angiosclerotica praesenilis.

1) Bei beginnender Gangrän: Essentia spermini, konstanter Strom, vielleicht Massage.

2) Zehenexartikulation gab nur im 3. Theile Heilung und ist also unsicher.

3) Operationen am Fuße führten in der Hälfte der Fälle zum Ziele. Hier ist möglichst konservativ zu verfahren.

4) Bei vorgeschrittener Gangrän des Fußes ist die Unterschenkelamputation das Normalverfahren und versagt nur ausnahmsweise.

5) Bei Gangrän des Fußes und Unterschenkels ist Oberschenkelamputation zu versuchen.

Endlich ist für beide Gruppen die Nekrotomie zu verwerfen: sie führte nur zur Verbreitung der Gangrän.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **Seydel.** Einiges über den Verblutungstod.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 3.)

Verf. giebt auf Grund der von ihm gemachten Erfahrungen eine kurze Schilderung der nach Verblutungstod auftretenden Veränderungen an der äußeren Haut so wie an den inneren Organen der Leiche, so weit dieselben nicht durch Komplikationen modificirt sein können. Nach Mittheilung zweier merkwürdiger Obduktionsbefunde fasst er die an einer Reihe von Fällen gemachten Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

»1) Der Verblutungstod setzt nicht eine völlige Blutleere sämmtlicher Organe durch Ausströmen der ganzen im Körper befindlichen Blutmasse voraus.

2) Es genügt je nach Körpergewicht und sonstiger Beschaffenheit das schnelle Ausströmen von 1500—1800 g, um den Verblutungs-

tod, d. h. Herzlähmung herbeizuführen, was auch durch die experimentellen Untersuchungen von Ungar vollauf bestätigt wird.

3) Wenn beim Verblutungstode die Funktion lebenswichtiger Organe durch das ausströmende Blut beeinträchtigt resp. gehemmt wird, so kann eine Komplikation der Todesart (Konkurrenz der Todesart nach Skrycezka) entstehen, welche das Sektionsbild sehr wesentlich modificirt.

4) Neuentbundene verlieren vor dem Verblutungstode meist größere Blutmengen, weil die Blutung meist langsamer resp. in Absätzen erfolgt, so dass sich die Blutmasse aus den Geweben theilweise wieder ersetzen kann.

Motz (Hannover).

---

5) J. Dörfler. Über Arteriennaht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

D. referirt zunächst über 2 Fälle von Arteriennaht aus der Garrè'schen Klinik:

1) 49jähriger Mann. Bei Operation eines metastatischen Drüsencarcinoms am Halse entsteht ein kleiner Riss in Carotis interna. Digitale Kompression der Carotis; fortlaufende Seidennaht durch Adventitia und Media. Heilung.

2) 22jähriger Mann. Stichverletzung der Art. brachialis, die lappenförmige, ca. den halben vorderen Umfang der Arterie umfassende Wunde wird mit 4 Knopfnähten durch die ganze Wanddicke geschlossen. Heilung.

Verf. selbst hat die Arteriennaht in einer Reihe von Thierversuchen (16 einfache Nähte mit 12 Erfolgen, 4 Invaginationen mit 1 Erfolg) ausgeführt und schließt, dass das Verfahren der einfachen Nahtvereinigung in Fällen, wo durch Unterbindung schwere Folgeerscheinungen auftreten können, so wie ferner auch bei traumatischen Aneurysmen ein werthvolles Hilfsmittel bietet. Da die Naht unbedenklich durch alle 3 Gefäßwände geführt werden kann, ist auch die Technik keineswegs schwierig. Alle gegen die Arteriennaht erhobenen Vorwürfe (Nahtinsufficienz, Thrombosenbildung etc.) haben sich als nicht stichhaltig erwiesen. Über die Murphy'sche Invagination möchte Verf. ein abschließendes Urtheil nicht geben, betont aber, dass auch sie einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie der Gefäßverletzungen darstellt.

Honsell (Tübingen).

---

6) C. Schambacher. Über die Ätiologie der varikösen Venenerkrankung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 575.)

Verf. giebt in seiner Arbeit außer einer Übersicht über die neuere Litteratur, betreffend die Histologie variköser Venen, die Beschreibung eigener mikroskopischer Untersuchungen von Varicen, die theils der Leiche entnommen, theils durch operative Beseitigung von Unterschenkelvaricen gewonnen waren. S. kommt hiernach zu dem Schlusse, dass die Varicenbildung auf einer angeborenen

Schwäche der Venenwände in Folge unregelmäßiger Ausbildung und Anordnung ihrer Gewebselemente, namentlich der elastischen und muskulösen, beruht, wobei als Gelegenheitsursache eine abnorme Drucksteigerung zu betrachten sei. Der Druck seinerseits bewirkt theils A- theils Hypertrophie der Venenwandgewebe. 2 mikroskopische Figuren dienen zur Verdeutlichung der Beschreibung (jedoch nur sehr unzulänglich). **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **Schmey.** Zur Kenntnis der Gefahren der Chloroformnarkose.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 24.)

Der reine Chloroformtod tritt entweder ein durch Lähmung des Athemcentrums, wobei das Herz zunächst noch weiter schlägt, oder durch Lähmung des von Kronecker und vom Verf. entdeckten Koordinationscentrums der Herzkammerbewegungen, welches als das ordnende System für die Muskelbewegung der Herzkammern aufzufassen ist. Eine Lähmung dieses letzteren Centrums hält Verf. stets für irreparabel und tödlich, so dass alle Wiederbelebungsversuche trotz der Anfangs noch bestehenden Athmung seiner Ansicht nach fruchtlos sind, während im ersteren Falle, d. h. bei plötzlichem Aufhören der Athmung und Erhaltensein der Herzthätigkeit, durch sofortige Vornahme von Wiederbelebungsversuchen Aussicht auf Erhaltung des bedrohten Lebens vorhanden ist. Als Beweis für letzteres führt Verf. einen dem entsprechenden Fall an.

Zum Schlusse warnt Verf. vor der von Sippel empfohlenen direkten rhythmischen Faradisation des Herzens, da Induktionsströme auch nur mäßiger Intensität das Herz tödten können.

Motz (Hannover).

---

8) **A. E. Gallant.** Etherization: The means where by the quantity was reduced from 1000 to 100 g per hour: with especial reference to the position of the head as affecting respiration.

(New York med. record 1899. December 30.)

Der Appell des Verf., die Narkose als ein integrirendes Moment bei der Operation zu betrachten und möglichst geschulte Ärzte in dieser Beziehung specialistisch auszubilden, ist schon oft erklungen und findet immer mehr Anhang. Macewen soll, wie G. berichtet, eine besondere praktische Prüfung über je 12 Narkosen bei seinen Studenten veranstalten, um ihnen nur bei gutem Ausfalle einen Praktikantenschein für die Befähigung zum Narkotisiren auszustellen. Die Vorbereitung des Pat., genaue Untersuchung der Nieren und des Herzens, wird besprochen. Die Nachtruhe vor der Operation soll durch ein heißes Ammoniakbad mit nachfolgender Spiritusabreibung erzielt werden. Die Untersuchung von Herz und Puls

vor der Operation durch den Narkotiseur selbst giebt diesem erst während der Anästhesie ein Vergleichsmoment und verhindert unnöthige Besorgnisse. Verf. konnte feststellen, dass Flüssigkeiten und Nahrungsmittel, welche 12—20 Stunden vor der Narkose aufgenommen waren, in ganz unverdautem Zustande später erbrochen wurden. Die Aufregung vor der Operation sei Schuld daran. Stuhlentleerung soll ebenfalls lange vorher veranlasst werden.

Für kleine Operationen giebt es einen transportabeln Lachgasapparat (mit Gascylinder 35 Pfund). — Die Äthernarkose darf nie in der »brutalen, rapiden« Methode ausgeführt werden, sondern »comfortable«. — Jeder Chloroformeur soll es als Ehrenpunkt betrachten, möglichst wenig des Anästheticums zu verbrauchen und Erbrechen und Chok zu vermeiden.

Verf. benutzt Allis' Inhalator, bestehend aus einer cylindrischen Kautschukmaske ($8^1/_2$ Zoll hoch). Der Apparat kann oben mit dem Daumen nach Bedürfnis eingefaltet und verschlossen werden. In die Maske wird eine mit Gaze an der dem Gesichte aufliegenden Seite überspannte Trommel eingesetzt. Dieses Gestell füllt man mit Krüllgaze.

Des weiteren sei nur noch aus den vielen Beobachtungen, welche eine gewisse Meisterschaft in der Kunst zu narkotisiren erkennen lassen, hervorgehoben, dass, wenn Pat. sich beklagt bei Beginn der Narkose, das Anästheticum sei zu scharf und er »könne keine Luft kriegen«, man ihm suggeriren soll: »Puste es doch weg«. Dadurch kommt eine volle Exspiration zu Stande und wiederum tiefere Inspiration. Die Cirkulation soll an den Ohrläppchen geprüft werden. Als Herzstimulans dient 20 Minuten vor der Narkose $^1/_2$ cg Morphium. 2 mg Strychnin oder Tinct. digitalis werden subkutan gegen Herzschwäche angewendet. Heiße Kochsalzklystiere mit etwas Branntwein wirken bei Chok ausgezeichnet. Macht der Pat. heftige Bewegungen, die Maske zu entfernen, nimmt man lieber eine volle Inspiration von frischer Luft zu Hilfe. Die Maske soll aber allmählich näher gebracht werden. Besondere Beachtung verdient stertoröses Athmen. Wenn der Kiefer senkrecht zum Rachen steht, ist die Zunge am weitesten von der hinteren Rachenwand entfernt. Man darf aber auch den Kopf weder der Brust zu nahe bringen, noch den Mund zu sehr aufreißen. Es giebt ein stertoröses Athmen 1) in Folge Ansammlung von Schleim, 2) das eben beschriebene pharyngeale, und 3) ein palatines, wenn durch die Zunge das Gaumensegel hochgedrückt wird und in dem Luftstrome von der Nase nach dem Rachen flottirt. Bei Lüften des Kinnes soll nicht roh verfahren werden, der Kopf nicht nach hinten geworfen werden, wodurch die Halswirbel nach vorn gebracht werden und die Situation sich nur verschlimmert, sondern das Kinn wird in die volle Hand genommen. Es werden ferner die Cyanose, das Erbrechen und die künstliche Athmung besprochen. Bei der Sylvester'schen Methode ist zu be-

achten, dass die Zunge gut nach der Nase heraufgezogen wird. Sauerstoffinhalation ist unter Umständen sehr werthvoll.

Für die Nachbehandlung nach der Narkose kommt eine richtige Ernährung in Betracht, bei Herzschwäche soll besonders Flüssigkeit nicht ganz entzogen und bald Milch verabreicht werden. Der reichliche Genuss von Wasser ist für die Durchspülung der Nieren und der Eingeweide vortheilhaft; selbst wenn Brechen erfolgt, wird nur der Magen ausgewaschen (bei Operationen in dieser Gegend wohl doch nicht ganz erwünscht, obgleich Verf. zu dem Verfahren gekommen ist, weil ein Laparotomiepatient 2 Stunden nach der Operation den Inhalt eines heißen Wasserkissens trank und gesund wurde). Der Pat. soll auf die Seite gelagert werden, wenn Rückenlage lästig ist. Auftreibung des Leibes etc. kann schon am 1. Tage durch hohe Klystiere und geeignete Massage des Dickdarmes in distaler Richtung bekämpft werden. **Loewenhardt** (Breslau).

---

9) **W. M. Leszynsky.** The paralyses following general anaesthesia.

(New York med. record 1899. Oktober 21.)

Verf. warnt die Kollegen vor den Narkosenlähmungen, welche immer noch recht zahlreich sind und bald, wenn es mehr bekannt wird, zu Schadenersatzansprüchen Veranlassung geben dürften. Als Ursachen für den Eintritt solcher Zufälle an den Extremitäten werden aufgeführt:

Druck des Humeruskopfes auf den Plexus brachialis bei langer Erhebung und Extension der Arme; Bügel oder straffe Bänder über die Schultern oder unteren Extremitäten; Streckung des Kopfes nach einer Seite; Stellung des Armes unter den Kopf; Hängen eines Armes oder Beines über eine Tischecke; Druck vom Ellbogen des Chloroformspenders auf die Clavicularregion. L. publicirt einen Fall, bei dem durch Fixation in der Trendelenburg'schen Lage durch einen starken Zügel über die Schultern monatelang dauernde Lähmung eingetreten war. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Lähmungen oft sehr schwere sind. **Loewenhardt** (Breslau).

---

10) W. Roth's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Jahrgang XXIV. Bericht für 1898.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1899. 178 S.

In dem Ende des Jahres 1899 erschienenen Roth's Jahresbericht über das Jahr 1898 hat die auch für den Militärarzt immer bedeutungsvoller werdende Begutachtung der Unfallfolgen Berücksichtigung erfahren, wenn auch diesmal nur durch Hinweise auf Litteratur und Besprechungen der 1898 erschienenen Abhandlungen in den Heften der Zeitschrift. Überhaupt ist der Grundsatz befolgt

worden, die in der Zeitschrift des Jahrganges besprochenen Schriften im Jahresberichte nur in den Litteraturnachweisen zu erwähnen, nicht aber im Zusammenhange mit anderen ähnlichen Schriften nochmals zu verarbeiten, ein Verfahren, welches Manches gegen sich, Manches für sich hat.

Dass der Gebrauch der Handschuhe bei Operationen die Aufmerksamkeit der Militärärzte auf sich lenken musste, war von vorn herein zu erwarten und wird denn auch in seiner Nützlichkeit und Anwendbarkeit für den Feldgebrauch mehrfach erörtert. Dasselbe ist hinsichtlich der Durchführbarkeit der aseptischen Wundbehandlung im Kriege der Fall, und dürfte wohl eine Einigung erzielt sein dahin, dass wenigstens in den ersten Linien die Verwendung antiseptisch hergerichteter Verbandmittel nicht entbehrt werden könne. Dass den letzteren eine große Bedeutung zukomme, haben anscheinend doch die letzten Kriege erwiesen, namentlich auch der spänisch-amerikanische Krieg, welchem von der Redaktion ein breiterer Raum zugewiesen worden ist. Zumal auch der pimäre Wundverschluss durch ganz einfache Occlusivverbände, nöthigenfalls unter Benutzung der den einzelnen Soldaten mitgegebenen und von ihnen selbst angelegten Verbandpäckchen, scheint sich gegenüber den ihnen von vielen Seiten entgegengebrachten theoretischen Bedenken praktisch doch entschieden bewährt zu haben. Es dürfte dies wohl auch die wichtigste aus diesem Kriege zu ziehende Lehre sein, während die Fragen hinsichtlich der Wirkung der modernen Kleinkalibergeschosse immer noch einer gewissen Klärung bedürfen, insbesondere hinsichtlich der durch Nachwirkung erzeugten ausgedehnteren Zertrümmerung der Gewebe, namentlich der Knochen (Explosivwirkung). Doch ist die aprioristische Annahme des verhältnismäßig günstigen Wundverlaufes in Folge der Engigkeit der Wundröhren voll bestätigt worden, und steht namentlich der außerordentlich günstige Verlauf der Brustschüsse obenan; auch die Gelenkwunden scheinen wesentlich an Schrecken eingebüßt zu haben.

Unter den Wundkrankheiten hat der Wundstarrkrampf und seine Behandlung das Interesse der Militärärzte am meisten auf sich gezogen; die Akten über das Tetanusantitoxin sind offenbar noch keineswegs geschlossen, eben so wenig wie über das Antistreptokokkenserum. Den Röntgenstrahlen ist der Wichtigkeit und Neuheit des Gegenstandes entsprechend ein besonderer Abschnitt gewidmet. Die Mittheilung, dass die Röntgenapparate von den Engländern in dem Feldzuge gegen die Afridis schon in den ersten Linien angewendet worden sind, hat unsere Aufmerksamkeit erregt, doch dürfte nach den Erfahrungen Masse's und Küttner's im griechisch-türkischen Kriege diese Verwendungsweise der X-Strahlen kaum vielversprechend sein. Von Werth für den Feldgebrauch auch in den weiter rückwärts gelegenen Feld-Heilanstalten dürfte aber die Erzeugung der elektrischen Kraft für diese Apparate durch Dynamomaschinen für Handbetrieb bleiben, wie sie dort eingeführt wurde.

Die unter Militärs und Militärärzten sich immer weiter verbreitende Überzeugung, dass taktische Sanitätsübungen im Frieden für die Kriegsausbildung von hoher Bedeutung sind, hat zu zahlreichen Arbeiten über diesen Gegenstand geführt, und finden wir dieselben auch im Jahresberichte eingehend berücksichtigt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

11) **Nimier** et **Laval**. Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice. Leur action et leurs effets vulnérants.

Paris, **F. Alcan**, 1899. 192 S. 18 Abbildungen.

Ihrer früher besprochenen Arbeit über Geschosse lassen Verff. hier eine solche über die in den Armeen gebräuchlichen Explosivmittel folgen: pulverförmige, auch flüssige Stoffe, die sich unter bestimmten Verhältnissen fast momentan in Gase von gewaltig hoher Temperatur verwandeln. Verff. gehen die einzelnen zur Verwendung kommenden Stoffe durch, charakterisiren die specifischen Eigenthümlichkeiten eines jeden und behandeln dann die durch diese Explosivstoffe gesetzten Verwundungen, sei es, dass allein die bei der Zersetzung entstehenden Gase zur Wirkung kommen, sei es die durch solche fortgeschleuderten Fremdkörper, sei es endlich beide gleichzeitig.

Jene Gase wirken stets wie eine Luftwelle von zerstörender Kraft, rein mechanisch und plötzlich, in manchen Fällen auch durch ihre neben der Haut auch die Respirationsorgane schädigende hohe Temperatur oder durch ihre Giftigkeit, endlich durch besondere Schädigung des Nervensystems. Für diese verschiedenen Wirkungsweisen werden Beispiele aus den Erfahrungen im Kriege, den Friedensübungen der Truppen, wesentlich aber der Praxis der Gerichtsärzte angeführt.

Nach dem allgemeinen Theile behandeln Verff. dann specieller das Dynamit, die Schießbaumwolle und die Pikrate (Melinit, Lyddit u. A.), namentlich auch in ihrer Wirkung als Explosivstoffe artilleristischer Geschosse, das Knallquecksilber und verschiedene Arten Schießpulver.

Nachdem auch die Gefahren des Minenkrieges besprochen sind, und die Feuerkugeln Erwähnung gefunden haben, gehen Verff. zuletzt zur Wirkung der Platzpatronen über und zu den reinen Pulverschüssen, aus deren Effekt zu ersehen, wie sehr bei manchen Nahschüssen neben der Wirkung des Geschosses die der Pulvergase in Berücksichtigung gezogen sein will.

Einige Abbildungen dienen zur Erläuterung des Textes.

Richter (Breslau).



12) **Nimier** et **Laval.** Les armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants.

Paris, **F. Alcan,** 1900. 488 S. 39 Abbildungen.

Vorliegendes Buch behandelt ausführlich die Hieb- und Stichwunden, wie sie durch die in den Armeen eingeführten schneidenden und stechenden Waffen erzeugt werden, berücksichtigt nebenbei aber auch die analogen Friedensverletzungen durch gleichartige Instrumente, Alles weniger auf Grund eigener Erfahrungen, als unter reichlicher Verwerthung der in- und ausländischen Litteratur. Leider ist hierbei die genauere Angabe der litterarischen Fundstätten unterlassen.

Da in den Kriegen der modernen Zeit Verletzungen durch blanke Waffen immer seltener geworden sind, im deutsch-französischen Kriege — auf unserer Seite — 1% aller Verwundungen nur wenig überschritten, im russisch-türkischen Kriege nicht einmal erreicht haben, besitzt das vorstehende Werk eher ein historisches als ein praktisches Interesse, namentlich da auch der Charakter der behandelten Wunden nichts Specifisches — wie die Schusswunden — aufweist, und ihre Behandlungsweise keine besonderen Ansprüche stellt.

Die einzelnen Abschnitte, in welche das Werk zerfällt, werden eingeleitet durch Beschreibung und Charakterisirung der in ihnen behandelten Waffen und enthalten dann eine mit reicher Kasuistik ausgestattete Besprechung der durch sie veranlassten Verletzungen. So behandeln Verff. zunächst die Hiebwaffen — die Säbel —, deren Wirkung sich meist auf den Kopf und die oberen Extremitäten beschränkt, hier allerdings im Einzelfalle wohl eine ganze Anzahl von Verwundungen setzt. Nebenbei erwähnen Verff. hier auch die Tödtung und Verstümmlung Verwundeter oder Gefangener — Kopfabschneiden, Händeabhauen, Entmannen —, über die den Franzosen aus ihren Kämpfen in Algier und Tonkin eigene Erfahrungen zu Gebote stehen. Weiterhin folgen die Verwundungen durch Stichwaffen: die verschiedenen Arten der Bajonnete, die Säbel, so weit sie zum Stechen benutzt werden, die Degen, die Lanze; die Beispiele für die Wirkungsweise der letzteren entnehmen die Verff. wesentlich der deutschen Litteratur. Endlich finden auch die Verletzungen durch Pfeile — vergiftete und unvergiftete — Erwähnung, weil diese in den Kolonialkämpfen auch noch in unseren Tagen zur Behandlung kommen.

Als sogenannter Defensivwaffen wird zum Schlusse noch der Helme und Kürasse gedacht, kaum mit Recht, da sie gegenüber den für den Kampf fast allein noch in Betracht kommenden Schusswaffen so gut wie werthlos, selbst gefährlich sind und den Werth als Kopf- und Brustschutz ganz verloren haben.

Einige Abbildungen geben Darstellungen der behandelten Waffen.

Richter (Breslau).



13) Wiemuth. Die Behandlung der Schussverletzungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 2.)

Mit Recht betont Verf., dass einzelne publicirte Fälle von Schussverletzungen keine Richtschnur für therapeutisches Handeln geben können. Maßgebend sind nur größere Beobachtungsreihen einzelner Autoren. Von diesem Gesichtspunkte aus sind auch die 132 Fälle von einschlägigen Traumen aus der Hallenser Universitätsklinik eher als ein brauchbares Material zu betrachten. Die Veröffentlichung beschäftigt sich mit Schussverletzungen aller Art. Am meisten aber dürften diejenigen interessiren, bei denen auch heute noch unter den Chirurgen Meinungsverschiedenheiten über die Behandlung bestehen, d. h. darüber, ob Eingreifen oder Abwarten besser zum Ziele führt. Zu dieser Gruppe gehören besonders die Schussverletzungen des Schädels und der Bauchhöhle. Bezüglich der ersteren vertritt W. als Schüler v. Bramann's die Ansicht, dass bei den penetrirenden Schädelschüssen die primäre Trepanation als nicht nur nutzlos, sondern als schädlich im Allgemeinen zu verwerfen und nur berechtigt ist bei oberflächlichem Sitze des Geschosses, bei profuser Blutung aus der Art. meningea media oder deren Ästen und beim Auftreten von Reizerscheinungen bald nach der Verletzung, die auf die Anwesenheit des Geschosses oder eines Knochensplitters in der motorischen Rindenregion schließen lassen. Das Einheilen von Geschossen in der Schädelhöhle ist keine Seltenheit, sondern die Regel.

Betreffs der Schüsse, welche die Bauchdecken perforiren, steht die Arbeit auf dem Standpunkte, den heute wohl die meisten deutschen Chirurgen angenommen haben. In allen Fällen, in denen die Möglichkeit einer Verletzung der Bauchorgane vorliegt, ist der Schusskanal zu erweitern und bei Perforation in die Bauchhöhle die Laparotomie mit Durchsuchung der Eingeweide anzuschließen. Der Verschluss von Schusskanälen des Darmes durch den prolabirenden Schleimhautpfropf, wie ihn Reclus zuerst annahm, fand W. bei einzelnen Pat., nicht bei allen. An eine sichere Verklebung der Schussöffnung mit anderen Peritonealtheilen ist auch nicht bestimmt oder mit Sicherheit zu rechnen. Eine Spontanheilung kann bei ganz kleinen Magen-Darmschusswunden eintreten; sie ist aber eine Seltenheit, und der Tod an peritonealer Sepsis das häufigere Ereignis. Die Krankengeschichten sind sämmtlich den einzelnen Unterabtheilungen der Arbeit beigefügt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

14) A. Bier. Über Amputationen und Exartikulationen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 264. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Wenn auch durch die Anwendung der künstlichen Blutleere, die Einführung der Asepsis und der Lappen- und Zirkelschnitte, welche eine genügende Weichtheilbedeckung der Knochenstümpfe ermöglichten, die Amputationstechnik bedeutende Verbesserungen erfahren hat, so haften ihr, besonders für die Amputationsstümpfe der unteren Gliedmaßen, doch noch wesentliche Mängel an, in so fern

die große Mehrzahl dieser Stümpfe, des Schutzes vor Druck und Reibungen bedürftig, den Körper zu tragen nicht vermag, und die Prothesen an den indirekten Unterstützungspunkten leicht unangenehme Druckerscheinungen hervorrufen. Es war namentlich B.'s Verdienst, auf die Nothwendigkeit, tragfähige Stümpfe zu erzielen, hingewiesen zu haben, und ihm sind auch die Mittel zu verdanken, durch welche dieses Ziel erreicht werden kann. Hierüber und über die seit einer Reihe von Jahren damit gewonnenen Erfahrungen berichtet B. in dem vorliegenden, auch weiteren ärztlichen Kreisen zugänglichen Vortrage, der indess auch den Fachchirurgen mancherlei neue Anregungen bieten dürfte.

B. zeigt zunächst, dass die früheren Anschauungen in Betreff der Vorbedingungen für die Tragfähigkeit eines Amputationsstumpfes nicht zutreffende waren, dass es nicht auf die Breite des Knochenendes, auf die natürliche Verbindung zwischen Haut und abschließendem Knochenstücke, auf die Bedeckung mit druckgewohnter Haut ankomme, sondern die Tragfähigkeit so gut wie ausschließlich vom Knochen abhänge, dessen Sägefläche mit einem Periost-Knochenlappen verschlossen werden oder der mit seinem Gelenkknorpelüberzuge bedeckt bleiben müsse. Am tragfähigen Stumpfe behält der Knochen seine Form im Großen und Ganzen, weil ihm nach wie vor seine Funktion, die Stütze für das Körpergewicht zu bilden, bleibt; er kann sogar hypertrophisch werden, wie die Haut, nur die Muskeln schwinden. Der Stumpf büßt, so fern nicht ungeeignete, durch indirekte Unterstützung wirkende Prothesen gebraucht werden, auch nach Jahren seine Tragfähigkeit nicht ein, während am nicht tragfähigen in Folge von Nichtgebrauch alle Theile, Knochen, Haut, wie die Muskeln atrophiren. Auch die von den empfindlichen Knochennarben aus entstehenden Stumpfneurosen werden durch osteoplastischen Verschluss der Knochenenden verhütet. (Wo Stumpfneuralgien die Folge von hypertrophischer Narbenbildung am Nervenstumpf sind, könnte ihre Heilung nach Ausschneidung der Narbe durch Überdecken des Nervenendes mit einem Nervenlappen versucht werden.) — B. hält die Schaffung eines tragfähigen Stumpfes durch osteoplastische Amputation nicht nur für den Unter-, sondern auch für den Oberschenkel für wünschenswerth und glaubt, dass auch nach Amputationen der oberen Gliedmaßen sich der osteoplastische Stumpf als der beste erweisen werde. (Ref. hat die osteoplastische Fingeramputation, um eine den Finger noch stärker verkürzende Exartikulation zu vermeiden, in einigen Fällen mit sehr günstigem Resultate in Bezug auf Form und Unempfindlichkeit des Stumpfendes ausgeführt.) Auf ihn verzichtet er grundsätzlich nur bei Amputationen wegen diabetischen oder Altersbrandes, wo er den Unterschenkel am Orte der Wahl bezw. höher absetzt. — Was die Ausführung der osteoplastischen Amputation betrifft, so erkennt Verf. nicht an, dass ihre Technik eine schwierige sei. Da für Tragfähigkeit und Unempfindlichkeit der Stümpfe die Bedeckung mit dicken Weich-

theilmassen nur eine untergeordnete Rolle spielt, verwendet B. wenigstens bei Unterschenkelamputationen nur Hautlappen (einen vorderen oder vorderen seitlichen Lappen), an anderen Gliedabschnitten unter Umständen Haut-Muskellappen und sucht womöglich die Narbe außerhalb des Unterstützungspunktes und so zu legen, dass sie nicht unmittelbar auf Knochenkanten fällt und mit dem Knochen verwächst. Mit dem Weichtheillappen lässt B. den Periost-Knochenlappen niemals in Verbindung, weil nur dadurch die vollständige Deckung der Knochensägefläche mit letzterem gelingt. Eine Nekrose desselben hat er unter 40 Unterschenkelamputationen nur 2mal in Folge von Eiterung, in einigen anderen Fällen die Ausstoßung kleiner Sequester beobachtet, während sonst stets, selbst bei Eiterung, der durch einige Nähte am Periost oder den umgebenden Weichtheilen fixirte Periost-Knochenlappen gut anheilt. Die Bildung des letzteren besorgt Verf. mit einer schiefgestellten Bogensäge, seltener mit dem Meißel. Jeder osteoplastische Stumpf soll bald geübt werden, der am Unterschenkel Amputirte nach Heilung der Wunde in einer vorläufigen Gipsprothese gehen. — B. beschreibt im weiteren die Ausführung der Operation an den einzelnen Gliedabschnitten und übt an den hierbei gebräuchlichen Methoden eine beachtenswerthe Kritik. Nur Einzelheiten seien aus diesen Betrachtungen hier hervorgehoben. Auch bei Amputationen in der Gegend des Kniegelenkes sucht B. die kürzesten Unterschenkelstümpfe durch Osteoplastik noch tragfähig zu machen und fixirt den Stumpf mit dem vollständig gestreckten Kniegelenke gegen eine Schiene, wo nicht auf die Beweglichkeit des letzteren verzichtet wird. Da die Exartikulation im Kniegelenke einen vorzüglichen, unempfindlichen und tragfähigen Stumpf liefert, so hält B. Ersatzoperationen, wie die Credé'sche, Gritti'sche, Sabanejeff'sche, für meist entbehrlich. Für die Syme'sche Operation empfiehlt er, den Haupttheil der Knorpelschicht des Schienbeines zurückzulassen und nur die Knöchel rund abzusägen. Auch mit der osteoplastischen Amputation des Oberschenkels hat B. Vortreffliches erreicht.

Wir beschränken uns auf diese wenigen Angaben und empfehlen die werthvolle Abhandlung zu besonderem Studium.

Kramer (Glogau).

---

15) **Jacob.** Klinische und experimentelle Erfahrungen über Duralinfusion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 3 u. 4.)

Nachdem J. durch umfangreiche Thierexperimente zu dem Resultate gekommen ist, dass es gelingt, an Stelle des durch die Lumbalpunktion gewonnenen Liquor cerebrospinalis entweder die gleichen oder sogar noch größere Quantitäten verschiedener Flüssigkeiten in den Subarachnoidalraum zu injiciren, und dass die in diesen Flüssigkeiten gelösten Stoffe zum Theil wenigstens eine Zeit lang im Subarachnoidalraum verbleiben und von hier aus von der Substanz des

Centralnervensystems aufgenommen werden, bevor sie zur vollkommenen Ausscheidung gelangen, glaubt er als therapeutische Indikationen ansehen zu müssen: 1) die Fälle, bei welchen die Affektion vornehmlich in der Substanz des Centralnervensystems oder deren Hüllen lokalisirt, und eine schnelle Einwirkung des therapeutischen Agens in loco erforderlich ist, 2) die Neurosen ohne anatomischen Befund, 3) die Fälle, bei welchen für mehr oder minder lange Zeit die sensitiven Funktionen zum Theil ausgeschaltet werden müssen. Er berichtet über einen Fall von schwerem Tetanus puerperalis, der durch die Duralinfusion von 10 ccm = 1 g fester Substanz des Behring'schen Serums und 2 Tage später durch kurz hinter einander folgende 2malige Infusion von je $^3/_4$ g geheilt wurde, nachdem vorher eine entsprechende Menge Liquor cerebrospinalis abgelassen war. Bei der 1. Infusion, die am 6. Tage nach Ausbruch der Erkrankung gemacht wurde, wurde auch eine subkutane Injektion von 2 g des Tizzoni'schen Serums vorgenommen. Die Technik der Injektion ist bei dem Opisthotonus schwierig, und es empfiehlt sich daher, zuvor große Dosen Morphium oder Chloralhydrat zu geben. Im Anschlusse an die Infusion pflegt eine mehr oder minder starke Temperaturerhöhung einzutreten. Bei schweren syphilitischen Erscheinungen des Centralnervensystems hat J. in 3 Fällen Jodlösungen injicirt. Da bei einem Thierexperimente nach Infusion von 25 ccm einer 4%igen Lösung äußerst stürmische Erscheinungen eintraten, so wurden 25 ccm einer 0,04%igen Lösung genommen. Es zeigte sich, dass kurze Zeit danach relativ große Mengen Jod in der Substanz des Centralnervensystems nachgewiesen werden konnten. Während der erste der Fälle bei der Schwere der Erkrankung tödlich endete, zeigten die beiden anderen auch schweren Pat. nach der Infusion eine auffallende Besserung, so dass J. glaubt, wenn auch ein definitives Urtheil noch nicht abzugeben sei, doch die Anwendung der Duralinfusion in einschlägigen Fällen empfehlen zu können. Zum Schlusse bespricht J. noch die Cocainisirung des Rückenmarkes nach Bier.

Borchard (Posen).

---

16) **Raymond.** L'épilepsie partielle. Pathogénie et traitement.

(Revue internat. de thérapeut. et pharmacol. 1899. No. 11 u. 12.)

Die in Form von Vorlesungen gehaltene Arbeit berücksichtigt aus der deutschen Litteratur vor allen Dingen die wichtige Arbeit Braun's und kommt zu dem Schlusse, auch bei scheinbar normalem Befunde am Schädel und an der Hirnoberfläche seien die motorischen Gebiete der Hirnrinde, von denen aus die Jackson'sche Epilepsie beginnt, zu exstirpiren. Es handelt sich dann wesentlich um dynamische Veränderungen. Und wenn diese sich auch nicht auf ein umschriebenes Gebiet beschränken, so liegt doch das Maximum ihrer Intensität in dem Gebiete, deren Muskelgruppen den Anfall einleiten. In einer weiteren Vorlesung will Verf. über Beobachtungen an seinen Kranken berichten.

Borchard (Posen).

---

17) **Passow** (Heidelberg). Küster's osteoplastische Aufmeißelung des Warzenfortsatzes.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

P. polemisirt in der Arbeit gegen das kürzlich von Küster empfohlene Verfahren, indem er hervorhebt, dass dasselbe zur Vermeidung von Entstellungen nicht nöthig sei, den freien Überblick über das Operationsfeld nach der Radikaloperation bis zur Heilung behindere, auch bei akuten Mastoiditen unsicher sei, vor Allem aber die von Küster erreichten Resultate recht wenig günstige gewesen seien, in so fern unter seinen 9 Fällen höchstens 4 als geheilt anzusehen und in 2 die Knochenplatten zur Abstoßung gekommen wären. Bei aller Anerkennung der großen Verdienste Küster's um die Operationen am Felsenbeine kann P. somit in dessen neuester Empfehlung nichts weniger als einen Fortschritt erblicken.

Kramer (Glogau).

18) **Winkler** (Bremen). Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 3.)

W. steht auf dem gewiss richtigen Standpunkte, dass bei der Behandlung der Stirnhöhleneiterung nicht principiell eine, sondern alle Methoden, je nach den im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnissen, zu berücksichtigen seien und sucht in der Abhandlung die Indikationen für die verschiedenen Verfahren genauer zu umgrenzen. Das Jensen'sche hält er nur dann angezeigt, wenn durch Eiteransammlung in der Stirnhöhle bezw. im Siebbeine das Auge in sichtbarer Weise in Mitleidenschaft gezogen ist. Die Kuhnt'sche Methode kommt in Betracht: 1) bei Erkrankung der vorderen Stirnwand, 2) bei rhinogener Cerebralerkrankung oder bei Verdacht auf Durchbruch des Eiters durch die hintere Wand, 3) unter Umständen bei mehrzelliger Stirnhöhlen- und 4) bei kleinem Sinus frontalis und isolirter Stirnhöhleneiterung.

In allen anderen Fällen ist W. für die Methode der osteoplastischen Resektion der vorderen Stirnlamelle, die gegenüber den obigen Verfahren auch kosmetisch gute Resultate liefere. Eine vollkommene Verödung und Ausräumung der Sinusschleimhaut ist nur bei polypöser Entartung derselben nothwendig. Die osteoplastischen Operationen ermöglichen vollständige Freilegung des Sinus.

Kramer (Glogau).

19) **S. Róna.** Über Rhinosklerom.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

I. Das Vorkommen und die Verbreitung des Rhinoskleroms in Ungarn.

R. ist von der ätiologischen Bedeutung des Rhinosklerombacillus überzeugt. Er hält die Erkrankung eben so für eine endemische

Krankheit wie die Lepra (nur »en miniature«). Aus der Zusammenstellung der Fälle, welche in Ungarn beobachtet worden sind (16), ergiebt sich, dass dieses Land den 4. Rang unter den Staaten in Bezug auf das Vorkommen des Rhinoskleroms einnimmt (Russland, Österreich, Mittelamerika); die meisten Fälle stammen aus dem Centrum von Ungarn.

II. Die metastatische Erkrankung der regionären Lymphdrüsen bei Rhinosklerom.

Über die Betheiligung der Lymphdrüsen am Rhinoskleromprocess ist noch sehr wenig bekannt. In einzelnen Fällen war eine hochgradige Drüsenschwellung vorhanden. R. hat bei einem sehr lange bestehenden Falle von Rhinosklerom in 2 geschwollenen Drüsen bakteriologisch (und weniger sicher histologisch) typische Rhinosklerombacillen nachgewiesen. Mikroskopisch fand sich ein nicht charakteristischer subakuter entzündlicher Process. Lymphe und Blut aus der gesunden Nachbarschaft, so wie aus den Venen waren steril. Einige Autoinokulationen ergaben innerhalb mehrerer Monate kein Resultat.

Jadassohn (Bern).

---

20) **C. Audry.** Über eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwicklung atrophischer Talgdrüsen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 3.)

A. lenkt die Aufmerksamkeit auf gelbe Körnchen in der Mundschleimhaut, welche, wie sich später herausstellte, schon von Montgomery als Talgdrüsen bezeichnet worden sind. Er beschreibt nach einem Präparate subepitheliale und intraepitheliale Drüsen (ohne alle Entzündung) und Ausführungsgänge; er glaubt Rudimente von Haaren in den letzteren gesehen zu haben und hält diese Gebilde für »verirrte Keime«. Der Befund ist ein sehr häufiger.

Jadassohn (Bern).

---

21) **E. Delbanco.** Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. Hft. 8.)

Es ist kürzlich in einer Arbeit von Audry (s. Referat in diesem Centralblatte) der Nachweis erbracht worden, dass gelbliche Körnchen in der Lippen- und Mundschleimhaut, die von einigen Autoren, speciell von Fordyce, klinisch geschildert worden sind, Talgdrüsen darstellen. Auch D. hat einige solche Fälle gesehen und in einem Falle ebenfalls histologisch den Nachweis der typischen Talgdrüsenstruktur dieser Gebilde erbringen können. D. erörtert ausführlich die Bedeutung dieses Befundes; er ist geneigt zu glauben, dass die Drüsen unter dem Reize einer merkuriellen Salivation oder des Rauchens stärker hervortreten oder sich zu sichtbarer Größe entwickeln; er hat in seinem Falle histologisch entzündliche Verände-

rungen auffinden können, welche Audry allerdings vermisst hat (auch Herr Kollege Lörtscher, welcher diese Drüsen in meiner Klinik zur Zeit untersucht, hat Entzündung bisher nicht nachweisen können) und meint, dass die gelben Körnchen erst unter einer Hg-Kur sichtbar werden. D. hat Haarrudimente nicht gefunden (Audry hatte von solchen gesprochen); er möchte diese Talgdrüsen im Sinne der Naevi aufgefasst wissen, die ja auch erst spät und ev. unter einer entzündlichen Reizung auftreten können.

Diese oft außerordentlich zahlreichen Knötchen sind sehr häufig, speciell an der Wangenschleimhaut, zu finden — sie sind besonders entwicklungsgeschichtlich sehr interessant. **Jadassohn** (Bern).

---

22) C. N. Dowd. The submaxillary part of the operation for epithelioma of the lip.

(New York med. record 1899. December 23.)

Auch bei kleinen Lippencarcinomen konnte D. so häufig Drüsen nachweisen, dass er auf Grund der Recidive es für wünschenswerth hält, auch allgemein hier zu verfahren, wie für die Brustcarcinome anerkannt ist.

Fricke (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L) machte ähnliche Beobachtungen bezüglich der Häufigkeit der Drüsenmetastasen im Gegensatze zu der Seltenheit lokaler Recidive (cf. auch Gussenbauer, Zeitschrift f. Heilkunde 1881 Bd. XI p. 17).

Es ist eine Täuschung, wenn man glaubt, durch Palpation immer vergrößerte Drüsen entdecken zu können. Selbst bimanuell von der Mundhöhle aus gelingt es nicht.

Es soll daher stets nach D. eine exploratorische Incision gemacht werden, und zwar so ausgedehnt, dass alle nächstliegenden Regionen (über der Submaxillarspeicheldrüse unter dem Kinne, zwischen den vorderen Bäuchen der Biventer, dem hinteren Theile der Submaxillarspeicheldrüse) untersucht werden können. Finden sich submaxillare Lymphdrüsen, muss die Gegend der Vena jugularis interna abgesucht werden. **Loewenhardt** (Breslau).

---

23) R. Kronfeld. Praktische Zahnheilkunde für Ärzte und Studirende.

Wien, **Moritz Perles**, 1900.

Es ist die Absicht des Verf., die Principien der modernen Zahnheilkunde, so weit sie für den praktischen Arzt wissenswerth sind, in möglichster Kürze zu besprechen. Nur diejenigen zahnärztlichen Operationen werden behandelt, die mit einem komplicirten Instrumentarium vom ärztlichen Praktiker ausgeführt werden können. Der Umfang des Buches bleibt daher wesentlich hinter dem der anderen zahnärztlichen Lehrbücher zurück, was für den Leser, der sich die wichtigsten Thatsachen der zahnärztlichen Wissenschaft aneignen

will, gewiss nur von Vortheil sein dürfte. — Bei der Eintheilung des Stoffes folgt Verf. dem üblichen Schema. In den anatomischen und pathologischen Kapiteln wird stets nur das Wesentliche und Charakteristische erwähnt. Vortreffliche Illustrationen erläutern überall das Gesagte. Im operativen Theile wird immer wieder der ärztliche Standpunkt betont. Mit scharfen Worten wendet Verf. sich gegen die besonders auf dem Gebiete der Zahnheilkunde grassirende Kurpfuscherei. »Es ist ganz unglaublich, dass man Leuten, welche nicht Ärzte sind, Leuten, die keine wissenschaftliche Ausbildung genossen haben, gestatten will, an Menschen zu operiren. Jeder, auch der kleinste Eingriff, jede kleinste Verletzung kann eine Infektion im Gefolge haben, kann ein Menschenleben bedeuten. Die einzelnen Unglücksfälle, die hier und da vorkommen, werfen ein grelles Streiflicht auf den Unfug, der mit der Zahnheilkunde von Unberufenen getrieben wird.« — Mit besonderer Sorgfalt sind die Kapitel über die Pulpakrankheiten und die Extraktion der Zähne behandelt, in welch letzterem die exakte Methodik der Wiener Schule an der Hand guter Illustrationen erläutert wird. Ein kurzer Bericht über alles Wissenswerthe aus dem Gebiete der zahnärztlichen Prothese beschließt das Lehrbuch, welches Ärzten und Studirenden aufs beste empfohlen werden kann. Die äußere Ausstattung des Buches ist eine gute.

Boennecken (Prag).

---

24) **B. Honsell.** Über Pharyngotomia subhyoidea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Die Operation hat v. Langenbeck in Deutschland eingeführt; er hielt sie angezeigt bei

1) Fremdkörpern im Cavum pharyngo-laryngeum, die nicht vom Munde aus entfernbar sind,

2) eben daselbst sitzenden Geschwülsten,

3) Neubildungen der Epiglottis und des Kehlkopfeinganges.

93 Beobachtungen, darunter 4 Fälle der v. Bruns'schen Klinik, bilden die Grundlage der Besprechung, in der Verf. hauptsächlich die Indikationen festlegen und die Frage, ob präliminäre Tracheotomie oder nicht, entscheiden will.

Die Operation erscheint dem Verf. — obgleich technisch nicht schwer — als durchaus nicht harmlos; die Sterblichkeit ist hoch, 25% — bei bösartigen Geschwülsten 35% —, schwankt jedoch entsprechend den Indikationen. Bezüglich der Tracheotomie als vorbereitender Operation genügt ihm das Material nicht zur Aufstellung bestimmter Vorschriften. Immerhin glaubt Verf. für die geeigneten leichten Fälle den Versuch gerathen, ohne voraufgeschickte Tracheotomie zu operiren, welche einerseits eine Komplikation darstellt, andererseits die Gefahren der Pneumonie nicht vermindert. Zur typischen Operation sind eine Reihe von Modifikationen angegeben worden — z. B. die Pharyngotom. supra- bezw. infrahyoidea lateralis (Krönlein), Pharyngotom. transhyoidea (Vallas) etc., die je nach

dem Sitze des anzugreifenden Gegenstandes ihren Indikationen gerechter werden.

Eingeengt wurde das Gebiet der Pharyngotom. subh. besonders durch die specialistische Ausbildung der endolaryngealen Eingriffe, so dass sie in letzter Zeit für gutartige Geschwülste überhaupt nicht mehr angewendet wurde.

Am Platze ist sie also wesentlich bei Fremdkörpern im Rachen, die vom Munde aus nicht entfernbar sind; ferner bei bösartigen Neubildungen des Kehlkopfeinganges, der Epiglottis, und auch des Rachens in dieser Höhe, endlich — ein neuerdings erweitertes Gebiet ihrer Indikationen — bei entzündlichen Neubildungen des Kehlkopfeinganges (Lupus, Sklerom). Iversen sodann verwendet sie mehrfach als Explorativ- bezw. einleitende Operation, um mit seitlichem bezw. medianem Längsschnitte dann die Exstirpation größerer Tumoren zu beenden.

Die 4 Fälle der v. Bruns'schen Klinik betreffen Fremdkörper, Sarcoma pharyngis, Carcinoma epiglott. et adit. laryngis und Lupus adit. laryng. und sind ausführlich, die übrigen Fälle der Kasuistik referirend mitgetheilt. **Christel** (Metz).

---

25) **A. H. Smith.** Can we diagnosticate obliteration of the receptaculum chyli?

(New York med. record 1899. December 2.)

Der Verschluss des Ductus thoracicus ruft, wenn er einigermaßen akut eintritt, so charakteristische Erscheinungen hervor, dass man in der Diagnose kaum fehlgehen kann. Vor Allem treten Chylothorax, Chyloperitoneum, häufig Chylurie auf. Die subkutanen Gewebe können sich mit Lymphe infiltriren, und kleine Hautfisteln sondern eine klare oder opalescirende Flüssigkeit ab. In diesen Fällen bietet der Process ganz Analoges mit der serösen Effusion nach Verschluss der Vene, nur dass das Receptaculum chyli oder der Ductus häufig berstet.

Bei langsamem Verschluss ist Zeit zu Entwicklung eines kollateralen Lymphkreislaufes, und die Extravasation tritt nicht ein. Der Mangel solcher Kollateralen verhindert bei völligem Verschluss des Ductus thoracicus die Absorption des Chylus, also ist Abgang desselben mit dem Kothe die Folge. Rapide Abmagerung des aller fetthaltigen Elemente beraubten Körpers ist so auffällig, dass selbst die häufige bösartige Grunderkrankung nicht allein dafür verantwortlich gemacht werden kann. Die Stühle sind häufiger weich und weniger dunkel gefärbt durch Beimischung des Chylus.

Aus der Litteratur ist zu erwähnen, dass Schramm ein primäres Carcinom des Pankreas mit späterer Betheiligung des Ductus thoracicus beschrieb; L. Hectom (Virchow's Archiv Bd. XCIV) ein übergreifendes Pyloruscarcinom; Senator, Krebs der Ovarien und des Uterus; Leydhecker, primäres Carcinom im Magen; Troisier,

Krebs der Niere. Chylurie wird nur bei Hectom erwähnt. Unter den beiden nicht ganz einwandsfreien Fällen des Verf. fungirt auch Präsident Garfield, der bekanntlich am 2. Juli 1881 einen Schuss in der Höhe des 12. Rückenwirbels rechts hinten erhielt. Erst einige Tage nach der Sektion dachte Verf. daran (wegen der unaufhaltsamen Abmagerung), dass das Receptaculum chyli durch Narbengewebe und Exsudat in der Gegend der oberen Lendenwirbel verschlossen gewesen sein könne. Im 2. Falle handelte es sich um ein Carcinom der hinteren Magenwand, rapide Abmagerung, reichliche flüssige, helle Stühle. Kein Chylothorax oder Chyloperitoneum; die Sektion ergab eine carcinomatöse Masse, welche die Körper des 1. und 2. Lendenwirbels bedeckte; in sie war das Receptaculum chyli eingeschlossen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

26) **J. E. Platt.** Fractures of the hyoid bone and of the laryngeal cartilages.

(Med. chronicle 1899. December.)

58jähriger Mann erlitt durch Überfahrenwerden Bruch des Unterkiefers. Nach 3 Tagen starb er an Bronchopneumonie, nachdem vorher zunehmende Athembeschwerden die Tracheotomie bedingt hatten. Die Sektion ergab außer dem Bruche des Unterkiefers einen unvollständigen Bruch des Zungenbeines und einen vertikal verlaufenden Bruch des Schildknorpels.

Im Anschlusse an diesen Fall giebt Verf. eine Übersicht über die englische Litteratur dieses Themas. Danach bedingt der Bruch des Zungenbeines einen Sterblichkeitsprocentsatz von 50%, Brüche der Kehlkopfknorpel einen solchen von 76—80%, die des Ringknorpels von 100%. Die fleißig zusammengetragene Arbeit giebt zum Schlusse noch einen Überblick über Ätiologie, Symptomatologie und Therapie dieser Frakturen. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

27) **L. Fischer.** The cause and treatment of recurring laryngeal stenosis following intubation.

(New York med. record 1899. December 2.)

Spätere Stenosen nach Intubation sollen vor Allem durch forcirtes Intubiren in die ödematöse oder infiltrirte Schleimhaut hervorgerufen werden. O'Dwyer sagt, Schuld sei der Gebrauch einer für die Lichtung des Kehlkopfes zu breiten Tube, besonders in der Hand eines ungeübten Operateurs. Die Schleimhaut wird leicht ulcerirt, wenn inkrustirte Metalltuben entfernt werden. In einem längeren Artikel, den O'Dwyer in Washington am 16. Mai 1897 vor der amerikanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde hielt, behauptete er, die Ursache für dauernde Stenosen nach Intubation bei Kehlkopfdiphtherie könne in dem einzigen Worte »Trauma« zusammengefasst werden. Stimmbandlähmung kann vielleicht gelegentlich eine Ausnahme von dieser Regel machen.

Jede Tube soll so schonend wie möglich eingeführt werden, die geringste Gewalt verletzt die Gewebe; es ist eine gute Regel, jeden 3. Tag die Tube zu entfernen, mindestens jeden 5. Tag muss Herausnahme zur Vermeidung von Kalkinkrustation erfolgen; letztere setzt sich nur an Metall- und nicht an Kautschuktuben. Wenn mehr als 2malige Einführung nöthig ist, taucht Verf. das Instrument in eine 5%ige Alaungelatine- oder 10%ige Ichthyollösung.

Der seltene Fall einer angeborenen syphilitischen Stenose bei einem Kinde von 7 Monaten wird ausführlich beschrieben, eben so die Folgen der Einführung einer zu starken Tube bei einem 7½-jährigen Mädchen mit diphtherischer Tonsillitis follicularis. Verf. musste schließlich jeden 3. Tag während 49 Tagen mit Ichthyolgelatine intubiren, bis die Stenose endgültig verschwand.

Loewenhardt (Breslau).

---

28) **J. N. Hall.** Tracheal diastolic shock in the diagnosis of aortic aneurism. With a study of the tracheal tug.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Januar.)

H. hat bei mehreren Fällen von Aneurysma des Aortenbogens ein Symptom beobachtet, bestehend in Übertragung des diastolischen Stoßes durch das Aneurysma auf die Luftröhre. Da er dies Symptom bei soliden Geschwülsten des Mediastinums niemals sah, so hält er es für die Diagnose auf Aneurysma für pathognomonisch und besonders werthvoll für die Fälle, in denen der aneurysmatische Sack der Brustwand noch nicht anliegt, bezw. sie noch nicht vorwölbt, wo also der diastolische Stoß über der Brustwand noch nicht fühl- und hörbar ist. Er legt diesem Symptom größeren Werth bei, als dem starken Stoß der Luftröhre nach abwärts bei der Systole, dem von den Engländern als »tracheal tug« beschriebenen Phänomen, dessen pathognomonische Bedeutung von verschiedenen Seiten in Zweifel gezogen wird.

R. v. Hippel (Dresden).

---

29) **E. Rotter** (München). Die Herznaht als typische Operation.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 3.)

R. hat versucht, aus den bisher vorliegenden klinischen Erfahrungen und aus eigenen Übungen an der Leiche eine Grundform für die Freilegung des verwundeten Herzens zu gewinnen, »welche für die Praxis nach allen Richtungen möglichst geeignet sei, ihr Gerathen zu gewährleisten«. R.'s Verfahren ist dem von Ninni an der Leiche ersonnenen nachgebildet und ist folgender Art: Schnitt 1,5 cm vom linken Sternalrande beginnend, entlang dem unteren Rande der 3. Rippe 10 cm weit lateralwärts, ein gleicher entlang dem unteren Rande der 5. Rippe ca. 8 cm weit, ein dritter die Endpunkte der beiden ersten innerhalb der Mammilla verbindend, alle drei durch die Brustwand bis zur Eröffnung der linken Pleura.

Durchtrennung der Rippen im lateralen Schnitte, Aufklappung des thürflügelartigen Weichtheil-Knochenlappens unter Verrenkung der Rippen in ihren Brustbeinansätzen. Nach lateraler Verschiebung der Lunge Eröffnung des Herzbeutels in der Diagonale von innen oben nach außen unten, wodurch das Herz vollständig freigelegt ist. Blutung bei dem Verfahren gering, da Mammaria int. nicht in Betracht kommt. Den Pleurasack unversehrt zu erhalten, was komplicirte Methoden erfordert, hält R. für zwecklos, da der Sack ohnehin bei Herzverletzungen schon durch die Verletzung mit eröffnet sein müsse.

Kramer (Glogau).

---

30) **R. Lampe.** Über die Entzündung der Rippenknorpel nach Typhus abdominalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 603.)

L.'s aus der Lazarettstation von Barth in Danzig hervorgegangene Arbeit basirt auf sorgfältigen und lehrreichen mikroskopischen Untersuchungen von Rippenknorpeln, die wegen posttyphöser Eiterung einem Manne (Altersangabe fehlt!) resecirt waren. Im Eiter waren Typhusbacillen nachgewiesen. Das Wesentlichste des Befundes besteht darin, dass die Knorpel vaskularisirt und ossificirt waren, und dass die eitrigen Infiltrationen, Einschmelzungen und Nekrosen gerade an diesen den Bau von Knochenmark nachahmenden Knorpeltheilen sich lokalisirt hatten. Demgemäß kennzeichnet sich diese typhöse Knorpelentzündung genau genommen als eine Chondromyelitis und gewinnt eine Ähnlichkeit mit der epiphysären Osteomyelitis der Knochenwachsthumsjahre. Sie ist aber durchgängig nur eine Krankheit etwas späterer Jahre, vom 3. Lebensdecennium an, was gut begreiflich, da vor dieser Zeit die Rippenknorpel noch in rein knorpeligem Zustande verharren, und ihre Verknöcherungen erst in diesen Jahren beginnen. L. theilt einige beachtenswerthe anatomische Untersuchungen über die mit den zunehmenden Lebensaltern normalerweise ebenfalls zunehmenden Vaskularisations- und Markraumbildungsprocesse in den Rippenknorpeln mit. Wie bei der Osteomyelitis die Betheiligung des Periosts, ist bei der typhösen Chondromyelitis diejenige des Perichondriums anscheinend nur eine sekundäre, obwohl sie klinisch in den Vordergrund treten kann. Je nach Intensität der Erkrankung kann dieselbe in verschieden schweren Formen auftreten: bald als einfache Infiltration, die sich völlig rückbildet, bald als Entzündung, die zu Knorpelerweichung und Bildung von Granulationsgewebe führt, die aber noch ohne Eiterung und unter bindegewebiger Narbenbildung ausheilt. In der 3., schwersten Form aber kommt es zu Eiterung und Nekrose, Fälle, in denen dann ein gründlicher operativer Eingriff, bestehend in Resektion der Knorpel, erforderlich ist. — L. verdeutlicht seine mikroskopischen Beschreibungen durch 3 anschauliche und instruktive Präparatabbildungen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

31) **C. H. Lewis.** The treatment of serous effusions.

(New York med. record 1899. December 30.)

Die Methode, welche L. zur Behandlung seröser Exsudate anwendet, besteht in einer Aspiration von etwa 50—100 ccm Serum mittels einer aseptischen Spritze; nach Mischung mit einigen Centigrammen Methylenblau, bei der jede Infektion verhindert wird, erfolgt die Injektion genannten Materiales.

In 20 Fällen von Pleuritis wurde in den letzten 3 Jahren nach den Krankengeschichten mit gutem Erfolge in einer Durchschnittszeit von 13 Tagen Erfolg erzielt. Glaeser (Therapeutische Monatshefte 1897 Juni) giebt in einem ausführlichen Artikel über 107 Fälle bei innerer Medikation 56 Tage als Durchschnitt an.

Die theoretischen Erwägungen, welche L. anknüpft, scheinen zu bestätigen, dass das Serum ein sehr brauchbares Vehikel für Methylenblau ist. Eine Nachprüfung des therapeutischen Werthes wird erwünscht sein.

Loewenhardt (Breslau).

32) **Pomeranzew.** Chirurgische Behandlung von Lungenkrankheiten.

(Chirurgia Bd. V. p. 301. [Russisch.])

P. berichtet über 6 einschlägige Fälle. 5 davon waren eigene, die Krankengeschichte des 6. erhielt er vom Oberarzte des Golizinschen Krankenhauses, Derinschinski. In allen Fällen war die Krankheit vom Lungenparenchym ausgegangen.

In dem 1. Falle war im Anschlusse an eine krupöse Lungenentzündung Lungenbrand eingetreten, der sich nach 3 Wochen einen Weg nach außen gebahnt hatte. Der mit gashaltigem übelriechendem Eiter gefüllte Herd wurde durch ausgiebige Spaltung, verbunden mit Rippenresektion, freigelegt. Der Kranke genas. 4 weitere Fälle (2 †) waren ebenfalls durch Lungenbrand entstanden. Sie kamen unter 727 Fällen von Lungenentzündung aus den Berichtsjahren 1897 bis 1898 vor.

In einem Falle lag nach Annahme P.'s ein Lungenabscess vor. Jedoch erscheint diese Diagnose nicht sicher begründet.

Nach einer ausführlichen Übersicht über das bisher in der Lungenchirurgie überhaupt Geleistete schließt P. mit 12 Schlusssätzen, von welchen wir folgende anführen.

2) Die Therapeuten sollen öfters an die chirurgische Behandlung von eitrigen Lungenerkrankungen denken und mehr Vertrauen hegen zu den Erfolgen der Lungenchirurgie.

4) Die Lungenchirurgie soll auf die Ätiologie und pathologische Anatomie vieler jener bis jetzt dunklen chronischen Lungenerkrankungen Licht werfen, welche unter dem Sammelnamen »Bronchiektasie« bekannt sind.

5) Lungenverletzungen, welche von lebensgefährlichen Blutungen begleitet sind, unterliegen der operativen Behandlung.



6) Die Pneumotomie bei Neubildungen der Lunge oder Tuberkulose der Spitzen stellen einstweilen nur kühne Versuche dar, deren Werth zu schätzen der Zukunft obliegt.

7) und 8) Das größte praktische Interesse haben die eitrig-fauligen Processe der Lungen, und am meisten wird man es mit Lungenbrand nach Pneumonie zu thun haben.

12) Beim Nichtvorhandensein von Pleuraverwachsungen geben zur Zeit die meisten Chirurgen dem einzeitigen Verfahren der Pneumotomie den Vorzug. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

33) **V. Steiner.** Doppelseitiger Lungen-Leberechinococcus.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 39.)

Im Anschlusse an den ausführlich mitgetheilten Fall bei einem jungen Mädchen, das von Israel radikal operirt wurde (s. Krankengeschichte im Originale), hebt S. hervor, dass planmäßige Operationen von Lungenechinokokken bis jetzt selten gemacht worden sind, der Fall demonstrirt aber auch die große Gefahr der Punktion der Lungensäcke aufs deutlichste, indem die Punktion einerseits ganz gewöhnlich zum Durchbruche der Echinococcusflüssigkeit führt, welche auf die Schleimhaut der Luftwege einen äußerst intensiven Reiz ausübt, in die Bronchien führt, andererseits ist ein gleichzeitiges Platzen in die Pleura beobachtet, wobei die Dyspnoë so überhand nahm, dass der Tod erfolgte. Im Verhältnisse zur Punktion ist das radikale Verfahren mit Eröffnung und Entleerung der Säcke nach außen die ungefährlichere und zuverlässigere Operation in dem Maße, dass vor der Punktion in jedem Falle gewarnt werden muss, wenn nicht sofort die Operation angeschlossen wird. **Gold** (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

34) **Hammer.** Traumatisches Hautemphysem durch Pulvergase.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Einem 20jährigen Manne war eine Schlagröhre in der Hand explodirt; die Folge war eine kleine Wunde, so wie eine durch Emphysem bedingte Anschwellung der ganzen Extremität, die unmittelbar nach dem Unfalle am bedeutendsten war und ½ Stunde später auch ärztlicherseits konstatirt werden konnte. Nach der Aufnahme in die Klinik ging das Emphysem in 5 Tagen völlig zurück; Entlassung nach 19 Tagen. — Nach Verf. ist für den eigenthümlichen Vorfall kaum eine andere Erklärung denkbar als die, dass die Pulvergase die Wunde gesetzt und durch ihr Eindringen ins Gewebe das Emphysem verursacht hatten. In der That gelang es ihm auch an der Leiche bei entsprechender Versuchsanordnung ein analoges Bild hervorzurufen. Unmittelbare Nähe der Pulverladung, festes Aufsetzen der Mündung auf die Haut, reiner Pulverschuss ohne jegliches Geschoss, kleine Einschussöffnung, Fehlen jeder Ausschussöffnung, endlich langsames Verbrennen des Pulvers müssen als die Bedingungen bezeichnet werden, welche das Hautemphysem im vorliegenden Falle ermöglicht hatten. Die Seltenheit eines Zusammentreffens dieser Momente erklärt zugleich auch, wesshalb bisher dieses Vorkommnis noch so gut wie nie beobachtet worden ist. (Die Litteratur besitzt keinen einwandsfreien Fall.) **Honsell** (Tübingen).

35) **R. de Seigneux.** Un cas de septicémie traité avec succès par le sérum de Marmorek.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 12.)

Die 21jährige erstgebärende Pat. erkrankte 2 Tage vor der normal verlaufenden Entbindung an heftigem Fieber mit Schüttelfrösten, ohne dass hierfür ein mit der Schwangerschaft oder der Geburt zusammenhängender Grund zu finden war.

Es sei hier noch bemerkt, dass Pat. einen Monat vor der Erkrankung wegen einiger in Genf vorgekommener Fälle von Variola mittels 2 Incisionen auf den linken Arm geimpft worden war.

So weit die Geburt in Betracht kam, bildete sich Alles in bekannter Norm zurück; dagegen steigerten sich Fieber und Schüttelfröste und damit im Zusammenhange die Allgemeinerkrankung derart, dass eine Katastrophe unabwendbar schien. Nach Ausschluss aller hier in Betracht kommenden Krankheiten lag die Annahme einer Septikopyämie am nächsten. Die Ursache für diese war nur im Puerperium oder der vorerwähnten Vaccination zu suchen. Gegen erstere ließ sich viel einwenden, schon die vorzeitige Erkrankung —, gegen letztere u. A. der Umstand, dass zwischen der reaktions- und erfolglosen Impfung und dem Beginne der Erkrankung ein Monat lag.

Möglicherweise hat hier eine Infektion von Seite der Lungen oder des Darmes stattgefunden, wobei zu bemerken ist, dass bei der Wendung zum Besseren stinkende Stühle mit Eiter abgegangen sein sollen.

Bei der Erfolglosigkeit der bislang angewandten Mittel und bei der verzweifelten Situation wurden 20 ccm Serum von Marmorek in den rechten Arm injicirt.

In auffallender Weise hörten sofort die Fröste auf, nach 24 Stunden trat Temperaturabfall ein, nach wenigen Tagen war Pat. fieberfrei, in langsamer Rekonvalescenz trat Genesung ein.

Wenn auch mit Vorsicht, so tritt Verf. dennoch für die sichere Wirkung des Anstistreptokokkenserums hier ein.

(Ich bin ein Anhänger der Serumtherapie, gebe auch die bemerkenswerthe Wendung ad meliorem im Anschlusse an die Injektion zu, möchte jedoch darauf hinweisen, dass die oben erwähnten eitrigen Stühle 24 Stunden nach der Injektion erfolgten, so dass der Durchbruch eines Abscesses vom Darme her als möglicher heilender Faktor ebenfalls in Betracht zu ziehen ist. Ref.)

Über die Wirkung des fraglichen Serums existiren leider nur vereinzelte, allgemeine Schlüsse nicht zulassende Beobachtungen.

Verf. will das Antistreptokokkenserum in verzweifelten Fällen, wo andere Mittel, lokale oder allgemeine, im Stiche lassen, angewandt wissen.

Kronacher (München).

36) **N. Flint.** Tetanusfall, mit Antitetanusserum behandelt.

(Northwestern lancet 1899. November 1.)

Ein nervös stark belastetes Mädchen hatte sich durch die Schuhsohle hindurch eine kleine Hautwunde an der Fußsohle von einem verrosteten Nagel zugezogen. Nach Heilung der Wunde traten am 5. Tage leichte Krampfzustände auf, örtlich war nur eine leichte Anschwellung vorhanden, und nach antiseptischen Umschlägen schienen sich anfänglich die Krämpfe zu verlieren, als plötzlich Trismus und starke Schmerzen und Kontraktionen im Beine auftraten. Die Wunde wurde wieder eröffnet, mit reiner Karbolsäure geätzt, dann antiseptische Umschläge, außerdem 10 ccm Antitetanusserum. Nach 3 Stunden plötzlicher Nachlass der Kontraktionen unter starkem Schweißausbruche, darauf ununterbrochene Genesung.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

37) **T. Rovsing.** 11 Sectiones altæ udförte uden Narcose.

(Hospitalstidende 1898. No. 45.)

Als Beitrag zur Verwendung der Lokalanästhesie bei großen Operationen theilt Verf. 11 Krankengeschichten mit, in welchen er Sectio alta ohne Narkose gemacht

hat. Die lokale Anästhesie erreicht er mittels Injektion einer 2⁰/₀₀igen Cocainlösung, die er nur in die Haut spritzt; die Empfindung des tieferen Gewebes (Muskeln, Fascien, Blasenwand) ist so gering, dass dessen Durchschneidung keine Schmerzen verursacht. R. verwendet immer eine durch Kochen sterilisirte Cocainlösung. Eine frische Cocainlösung verträgt das sehr gut, ohne ihre anästhesirende Fähigkeit zu verlieren. Die Indikationen zur Operation waren verschieden. Die Pat. empfanden während der Operation keine oder fast keine Schmerzen. 5 der Pat. waren über 70 Jahre alt und mehrere so schwächlich, dass es unmöglich gewesen wäre, sie zu operiren, falls allgemeine Narkose nöthig gewesen wäre.

Schaldemose (Kopenhagen).

38) **Penrose.** A new apparatus designed for the support and safe anaesthetisation of patients white in the knee-chest.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. November.)

Kelly bevorzugt für viele Operationen an Blase und Mastdarm die Knie-Ellbogenlage, da keine andere Lage eine solche Entfaltung und Zugängigkeit dieser Organe gestattet. Um ein stundenlanges Operiren und besonders die Ausführung der Narkose in dieser Stellung zu gestatten, hat P. einen eigenen Operationstisch für diese Lage angegeben. Derselbe besteht im Wesentlichen aus je 2 Polstern für Schultern und Unterschenkel, so wie 2 Haltern, die sich gegen die Vorderfläche der Oberschenkel legen. Der Apparat kann für jede Größe mit Leichtigkeit eingestellt werden. Die Kranken werden durch den Apparat ohne Druck stundenlang durchaus ruhig in der Stellung gehalten. Die Athmung wird nicht beengt, auch die Narkose in keiner Weise erschwert.

Strauch (Braunschweig).

39) **Reuter.** Beitrag zur Indikation der Überpflanzung ungestielter Hautlappen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 50.)

R. beobachtete in einem Falle von Überpflanzung eines ungestielten Hautlappens in die nach Beseitigung einer Narbenkontraktur der Kniekehle entstandene Wunde, dass der Lappen sich mit dem Wachsthume des Kindes in den nächsten Jahren nach allen Richtungen hin erheblich vergrößert hatte und an Dicke, Glätte, Elasticität und Verschieblichkeit normaler Haut glich; Thiersch'sche Läppchen waren dagegen auffallend dünn und zart geblieben und zeigten nur geringe Elasticität. R. empfiehlt desshalb, das Krause'sche Verfahren bei Narbenkontrakturen im Kindesalter zu bevorzugen. **Kramer** (Glogau).

40) **R. Lehmann-Nitsche.** Trois cranes: un trépané, un lésionné, un perforé.

(Revista del museo de la Plata Vol. X. p. 1.)

Verf. giebt zuerst eine Übersicht über die Frage der prähistorischen Trepanation und beschreibt sodann 3 in dem Museum von La Plata und Buenos-Ayres befindliche Schädel.

Der erste derselben weist eine 4—6 cm große Trepanationsöffnung im oberen Theile des linken Stirnbeines auf, deren Ränder sich allmählich zuschärfen und die ausgesprochensten Zeichen von Vernarbung darbieten. Die Bildung von Osteophyten an der Innenseite und eine auffallend starke Ausdehnung des Stirnbeines der anderen Seite lassen schließen, dass die Operation sehr lange vor dem Tode des Individuums und noch in der Wachsthumsperiode ausgeführt worden war.

Der 2. Schädel zeigt einen halbmondförmigen Knochendefekt zwischen Bregma und linker Schläfengegend. Die Ränder sind vernarbt und tragen nach hinten einen großen Osteophyten. Nach unten schließt sich an den Schädeldefekt eine verheilte aber noch deutlich erkennbare Schädelfissur an, von der eine weitere Fissur nach der Gegend des knöchernen Gehörganges abzweigt. Verf. glaubte Anfangs, dass auch hier eine Trepanation vorliege, veranlasst durch eine Schädelfraktur, kam aber schließlich doch zur Überzeugung, dass es sich einfach um

Sequestrirung eines Fragmentes bei einem komplicirten Schädelbruche handeln dürfte. Als Ursache der Verletzung vermuthet er einen Keulenschlag.

Der 3. Schädel gehört einer Mumie aus Bolivia an und zeigt die folgenden Verletzungen: In der rechten Occipitalgegend findet sich ein ovaler Hautdefekt mit scharfen Schnitträndern. Der darunter befindliche Knochen ist normal. Ein bedeutend größerer, ebenfalls scharfrandiger Hautdefekt findet sich in der rechten Vorderhauptgegend, auch einen Theil der Wange und der Stirne in sich begreifend. Das Stirnbein dieser Seite zeigt einen scharfrandigen Defekt von mehr oder weniger runder Form; eben so die entsprechende Dura. Verf. nimmt an, dass diese Öffnung postmortalen Ursprunges ist und den Zweck hatte, die Hirnsubstanz zu entfernen und durch harzige Stoffe zu ersetzen. Eine solche Substanz fand sich denn auch im Inneren des Schädels. Der Hautdefekt am Hinterhaupte wäre nach Verf. auf einen an der Dicke des Knochens gescheiterten Perforationsversuch zurückzuführen.

Ein reichhaltiges Litteraturverzeichnis und 3 gute photographische Reproduktionen in natürlicher Größe beschließen die interessante Arbeit.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

41) **R. Haas.** Über Trepanation bei Hirntumoren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Verf. schließt an die dasselbe Thema behandelnde Arbeit B. v. Beck's (vgl. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XII) an, stellt zunächst 84 Fälle von Trepanation bei Hirngeschwülsten aus der Litteratur zusammen und berichtet dann über 5 weitere Fälle aus der Czerny'schen Klinik:

1) Spindelzellensarkom, von der Dura ausgegangen, Exstirpation; geheilt mit Zurückbleiben von Störungen.

2) Vermuthliche intrakranielle Geschwulst; Operationsbefund negativ. Gestorben an Meningitis. Keine Sektion.

3) Vermuthliche intrakranielle Geschwulst; Operationsbefund negativ. Dauernde Heilung.

4) Alveoläres Rundzellensarkom der Dura. Enukleation. Gestorben an Pleuropneumonie.

5) Hirntuberkel (Recidiv), stellt sich bei der Operation als nicht mehr entfernbar heraus. Gestorben am folgenden Tage. Tuberkulöse Meningitis.

Symptomenbild, Diagnose und Operationstechnik werden eingehend geschildert. Die Resultate der Operationen müssen im Allgemeinen noch als sehr ungünstig bezeichnet werden, da nach den jetzigen Erfahrungen nur in 43—44% Heilung erfolgt.

Honsell (Tübingen).

42) **K. Preisich.** Lumbalpunktion bei einem operirten Falle von Meningocele occipitis. Heilung.

(Ungar. med. Presse 1899. No. 48.)

Nach der Abtragung einer apfelgroßen Meningocele occipitalis bei einem ½jährigen Kinde zeigten sich die Erscheinungen von Hirndruck, welche durch 2malige Lumbalpunktion beseitigt werden konnten. Nach 14 Monaten erwies die Heilung sich noch andauernd.

Neugebauer (M. Ostrau).

43) Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 50.)

Aus der Sitzung vom 29. Oktober 1899.

Herr v. Hacker stellt eine über 50 Jahre alte Frau vor, welche er im April 1898 wegen einer immer wiederkehrenden rechtsseitigen Neuralgie des 2. Trigeminusastes intrakraniell nach dem Verfahren von Krause operirte.

Die Neuralgie ist angeblich nach einer Meningitis, die Pat. 1880 durchmachte, aufgetreten. Seitdem hat diese ein wahres Martyrium durchgemacht. Juni 1882 wurde in der Innsbrucker Klinik die Resektion des 2. Astes nach Lücke,

Mai 1886 die Resektion des Frontalis und Ethmoidalis, November 1888 Resektion eines Alveolarstückes des Kiefers, später die Resektion des Infraorbitalis, der sich zum Theile als neugebildet erwies, ausgeführt. December 1888 wurde der Ethmoidalis an der Innenseite der Orbita entfernt, Juni 1892 neuerlich der Versuch der Resektion der neugebildeten Fasern des Infraorbitalis gemacht. Oktober 1893 alles Bindegewebe im Bereiche des 2. Astes entfernt, Mai 1894 der Supraorbitalis resecirt.

Die Operationen hatten die Schmerzen entweder für einige Zeit völlig beseitigt oder doch verringert. Immer kehrten dieselben jedoch wieder. Osmiumsäureinjektionen und alle möglichen antineuralgischen Mittel waren vergeblich.

Mai 1896 versuchte v. H. durch eine Modifikation des Kocher'schen Verfahrens, eine temporäre Jochbein-Oberkieferresektion, den 2. Ast bis zum Foramen frei zu legen, das sichtbare blaugefärbte Narbengewebe zu exstirpiren, wobei nur der Nervus zygomaticus malae deutlich sichtbar war. Evulsion desselben aus dem Kanale. Nach der Operation trat bei normalem Wundverlaufe Entzündung und Abscedirung im linken äußeren Gehörgange auf. Hiernach einige Zeit Ruhe, dann wieder äußerst heftige Neuralgien, so dass die Krause'sche Exstirpation des Ganglion Gasseri vorgenommen wurde.

Da sich bei der Bildung des Haut-Knochenlappens die Weichtheile vom Knochen etwas ablösten, wurde wegen Gefahr der Knochennekrose das Knochenstück von einer Trepanöffnung aus mit der Dahlgren'schen und Luer'schen Zange total entfernt. Ablösung der Dura von der Schädelbasis schwer. Am Foramen spinosum doppelte Unterbindung der Arteria meningea media mit einer von v. H. dazu konstruirten Unterbindungsnadel. Gegend des Abganges des 2. und 3. Astes vom Ganglion Gasseri wurde freigelegt und die Freilegung desselben von der Dura begonnen. Wegen hochgradiger Schwäche des Pulses (derselbe war kaum noch zu fühlen) Abbruch der Operation, nachdem rasch noch der 2. Ast dicht am Ganglion durchschnitten war. Die Enden gingen auf $2^1/_2$ cm aus einander. An die Schädelbasis wurde ein kleiner Jodoformgazestreifen gelegt und herausgeleitet, sonst der Weichtheillappen völlig hinaufgenäht.

Die Pat. war durch mehr wie 8 Tage völlig apathisch, diffuse Kopfschmerzen auf der rechten Seite, Übelkeiten, hier und da Erbrechen. In den ersten Tagen p. op. wiederholt klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten. Es war nicht möglich, die Pat. nach einigen Tagen neuerdings Behufs Exstirpation des Ganglion zu narkotisiren. 8 Tage p. op. vorübergehende Röthung des Trommelfelles mit Schmerzhaftigkeit. Schmerzen der rechten Zungenhälfte, der rechten Halsseite, der Mund- und Rachenschleimhaut, an der sich Herpesbläschen fanden. Die Erscheinungen gingen eben so wie ein Infiltrat der rechten Cornea zurück, doch blieben leichte dauernde Schmerzhaftigkeit im Bereiche des 2. Astes, stärkere Schmerzen im rechten Unterkiefer und der rechten Zungenhälfte bestehen. Eine am 25. Mai ausgeführte Resektion des Nervus lingualis hatte keinen wesentlichen Erfolg. Die eigentlichen Anfälle im Verlaufe des 2. Astes haben aufgehört. **Hübener** (Dresden).

44) **Passow.** Fraktur des äußeren Gehörganges beiderseits durch Sturz vom Zweirade.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 1.)

Ein 29jähriger Fabrikarbeiter stürzt auf ebener Chaussee vornüber vom Zweirade und zieht sich beiderseits bei unverletztem Trommelfelle eine Fraktur der unteren Wand des äußeren Gehörganges zu. Außer beträchtlicher Herabsetzung der Hörfähigkeit und Schmerzen beim Kauen traten augenscheinliche cerebrale Symptome nicht auf.

Nach Entfernung je eines Knochensplitters auf jeder Seite von annähernd 6 mm Länge, 5 mm Breite und fast 2 mm Dicke tritt reaktionslose Heilung unter Wiedererlangung der normalen Hörfähigkeit ein.

Die Beschaffenheit der extrahirten Knochensplitter ließ die Annahme einer vielleicht vorher schon bestandenen Erkrankung des knöchernen Gehörganges nicht zu.

Bemerkenswerth ist der vorliegende Fall, dass trotz der Intensität der Gewalteinwirkung das Mittelohr und innere Ohr von einer Verletzung nicht betroffen wurde. Im Weiteren macht Verf. einige litterarische Bemerkungen und giebt zum Schlusse einige therapeutische Winke. **Motz** (Hannover).

45) **K. Morelli.** Zwei merkwürdige Krankheitsfälle aus der II. laryngologischen Abtheilung des St. Rochusspitales.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 47.)

1) Angioma multiplex linguae.

Eine 47jährige Frau litt seit 24 Jahren mehrmals an Zungenblutungen. Vor 12 Jahren sah Verf. eine linsengroße Gefäßgeschwulst in der Mitte des Zungenrückens und stecknadel- bis mohnkorngroße über die ganze Oberfläche vertheilt. Diese Geschwülste vergrößerten sich unterdessen bis zu Hanfkorngröße. Vor den Menses trat die Blutung daraus häufiger auf und dauerte länger als sonst. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Hämangiom.

2) Angiosarcoma linguae et epiglottidis.

Bei einem 26jährigen Manne fand Verf. eine glatte, dunkelroth gefärbte, harte Geschwulst an der Oberfläche der Zungenbasis, welche häufige Blutungen, Schling- und Athembeschwerden verursachte. Dieselbe war beweglich und hatte auf den Kehldeckel übergegriffen. Entfernung mit der galvanokaustischen Schlinge unter Cocainanalgesie. Das Mikroskop bestätigte die Diagnose. Nach 7 Jahren wurde der Kranke recidivfrei gesehen. **Neugebauer** (M. Ostrau).

46) **Maritelli.** Sei casi di morbo di Pott arattati colla cura mercuriale.

(Sep.-Abdr. aus Gazz. med. di Roma 1899.)

Da Capparoni über günstige Erfahrungen einer Quecksilberbehandlung beim Pott'schen Buckel (nicht syphilitische Spondylitis) berichtet hatte, hat M. dies an 6 zum Theil schweren, meist mit Paresen oder Lähmungen der unteren Extremitäten komplicirten Fällen von Spondylitis nachgeprüft. Er wandte Sublimatinjektionen an. Dieselben wurden gut vertragen, irgend eine Beeinflussung des Krankheitsprocesses aber wurde bei keinem der Kinder beobachtet.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

47) **Ferrio.** Contributo allo casistica delle lesioni del midollo nell' osteomyelite vertebrale acuta.

(Gazz. med. di Torino.)

Die akute Osteomyelitis der Wirbelsäule, an sich selten, bietet noch die Besonderheit, dass meist zu den Knochensymptomen solche vom Rückenmarke hinzutreten. Chipault hat 31 Fälle gesammelt. Die nervösen Symptome können völlig überwiegen. Der von F. beobachtete Fall verlief ganz unter dem Bilde einer akuten aufsteigenden Myelitis. Erst bei der Sektion fand sich, bei Eröffnung des Wirbelkanales, eine große Eiteransammlung, welche die Körper des 7. Hals- und 1. Rückenwirbels zerstört hatte. Die Dura war intakt, dagegen das Mark in großer Ausdehnung bis zum 4. Halswirbel und abwärts bis ins untere Brustmark erweicht. Leider fehlt eine bakteriologische Untersuchung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

48) **v. Barącz.** Ein Fall von penetrirender Stichwunde der Herzgegend; Lungenprolaps, Hämothorax, Pneumohämoperikardium; Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 47.)

Der Überschrift sei noch Folgendes hinzugefügt;

Die Verletzung erlitt der 20jährige Pat. im Duell. Eine Stunde darauf Verband durch v. B. Die Blutung stand durch Tamponade. Verf. räth indessen mit

Recht in Folge der eingetretenen Komplikationen, trotzdem stets die Wunde zu erweitern und das blutende Gefäß (Intercostalis resp. Mammaria int.) aufzusuchen und zu unterbinden.

In dem beschriebenen Falle trat noch 14 Tage nach der Verletzung eine profuse Nachblutung auf, die zu dem Hämothorax führte. v. B. weist noch auf ein sehr beachtenswerthes Symptom der Verletzung des Herzbeutels hin, welches hier erst am 3. Tage nach der Verletzung auftrat und nur einen Tag bestand, das Geräusch des hydraulischen Rades (bruit de roue hydraulique), das zuerst von Morel-Lavallée beschrieben und als ein pathognomonisches Zeichen für Rupturen des Herzbeutels und der Pleura gedeutet wurde. Das Geräusch soll hervorgerufen werden durch das Eintreiben von Luft und Flüssigkeit in den Herzbeutel in Folge von Herzbewegung und erinnert deutlich an das hydraulische Rad, dessen Schaufeln successiv in gleichmäßigen Intervallen Luft mit Wasser schlagen. Das Symptom ist bislang nur sehr selten beobachtet. Fischer berichtet in seiner 452 einschlägige Fälle umfassenden Statistik nur über die Morel-Lavallée'schen Fälle. Auch anderswo konnte v. B. keinen ähnlichen Fall in der Litteratur auffinden.

Hübener (Dresden).

49) **R. C. Newton.** Traumatic ruptures of the heart with a case.

(New York med. record 1899. Juni 17.)

Ein 21jähriger Arbeiter stürzte in tollster Fahrt mit dem Bicycle über einen Hydrantenschlauch. Die Stange des Handgriffes drückte vermuthlich beim Falle auf die harte Straße mit großer Gewalt auf seinen Brustkorb. Tod nach $1^1/_2$ Stunde. Keine Expektoration von Blut; einmal Erwachen und Angabe der Personalien nach dem Anfangscollaps, dann große Schwäche, Puls 78, mittel.

Der Sektionsbefund ergab eine schmale, halbrunde, frische Depression der Haut über der 6. Rippe, ungefähr in der Mitte zwischen dem Brustbeine und der linken Warze. Als die Brust eröffnet wurde, fand sich nur ein Bruch des 6. Rippenknorpels dicht am Sternalende und Zerrung der Interkostalmuskeln. Der Herzbeutel war intakt, aber etwas gedehnt; beim Öffnen enthielt er gegen 300 g schwarzes, klumpiges Blut. Herz in Diastole, Riss quer durch die Spitze des rechten Ventrikels. Der Riss hat einen 3eckigen Lappen vom Herzmuskel beinahe abgetrennt. Die Maße des Lappens waren folgende: Von der Herzspitze zum oberen Ende des hinteren Lappens $^5/_4$ Zoll, von der Spitze zum oberen Ende des vorderen Risses $1^5/_8$ Zoll, bei jedem dieser Enden war das Perikard etwas weiter abgetrennt als die Muskulatur. Beim Hochheben des Lappens misst der Riss von einer Seite zur anderen außen $1^1/_2$ Zoll und innen durch das Endokard $^3/_8$ Zoll. Der innere Riss lag dicht am interventrikularen Septum.

Loewenhardt (Breslau).

50) **Drasche.** Über die operative Behandlung des tuberkulösen Pneumothorax.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 45.)

Verf. steht nach 40jähriger Spitalsthätigkeit, während welcher er in Wien 198 Fälle von tuberkulösem Pneumothorax behandelt hat, auf dem Standpunkte, dass nicht so sehr nur eine Indicatio vitalis, sondern die Absicht der Ausheilung des tuberkulösen Pneumothorax zur Operation zwingen solle. Dass die operativen Erfolge günstiger sind, als vielfach angenommen, erhellt nach ihm aus der angeführten Statistik, nach welcher von 30 operativ behandelten Fällen 13,5% gegen 5,5% der nicht operirten (unter 168) »lebend« entlassen wurden. Von 144 Nichtoperirten starben in der 1. Woche 56,6%, in der 2.—5. Woche 29,2%, von der 6. Woche bis 6 Monaten 13,2%. Dagegen starben von den Operirten in den gleichen Zeiträumen 6,9%, 55% und 37,9%.

Das operative Verfahren bestand aus ein- oder mehrmaliger Punktion mit oder ohne Aspiration (Dieulafoy), 1mal in Rippenresektion. In 2 Fällen fand die Thorakocentese nach Bülau und Unverricht statt.

Die reichen klinischen Erfahrungen des Verf. auf diesem Gebiete lassen die Lektüre der Originalarbeit als besonders empfehlenswerth erscheinen.

Hübener (Dresden).

51) **P. Sudeck.** Über die Behandlung des nicht tuberkulösen Totalempyems mit der Schede'schen Thoraxresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von nicht tuberkulösem Totalempyem, in welchem er ein neues Verfahren zweizeitiger Thorakoplastik mit bestem Erfolge durchgeführt hat. Der 1. Akt der Operation bezweckte, die große Höhle in 2 von einander unabhängige Partien zu theilen und bestand in Bildung eines seitlichen Brückenlappens von der Höhe des 5.—9. Interkostalraumes, Resektion der in dem Lappen enthaltenen Rippen und Anpressen des Lappens an die Pleuraoberfläche. Dadurch gelang es in kurzer Zeit, den unteren Abschnitt der Höhle zur Obliteration zu bringen. In dem 3 Wochen später vorgenommenen 2. Akte wurde der obere Theil der Höhle durch 2 gestielte Muskellappen ausgefüllt. Verf. resecirte die 5. und 4. Rippe (letztere nur in ihrem subscapularen Theile) subperiostal, bildete aus den Interkostalweichtheilen einen Lappen mit hinterer Basis, schob diesen in den oberen Pleuraraum herein und drängte endlich die Muskulatur des entfernten Schulterblatttheiles ebenfalls in die Höhle. Auch dies Mal war das Resultat durchaus befriedigend. Die Lappen verwuchsen mit der Lungenspitzenpleura und füllten den Hohlraum völlig aus; die zurückbleibende Entstellung war relativ sehr gering. Im unteren Abschnitte bestand umgekehrter Athmungstypus, im oberen stellte sich wieder normales Vesiculärathmen ein. Wie des weiteren erörtert wird, hätte eine Fortnahme der Pleuraschwarte oder Bildung eines U-förmigen, Schede'schen Lappens keine bessere Funktion der Lunge in den unteren Thoraxpartien erzielen können; die Anwendung des Brückenlappens brachte die Vortheile einer rascheren Heilung, ohne irgend etwas von der Lungenfunktion zu opfern. An dem günstigen funktionellen Resultate im Bereiche des oberen Lungentheiles ist vielleicht der Zug des Muskellappens mit schuldig gewesen. Obwohl die Funktion des Armes eine gute geblieben ist, würde Verf. in einem ähnlichen Falle doch versuchen, das Schulterblatt zu erhalten und den vorderen Lappen etwa nur aus dem M. subscapularis zu bilden. **Honsell** (Tübingen).

52) **A. V. Jova.** A tack in the lungs for seven years.

(New York med. record 1899. Oktober 7.)

Ein 17jähriger Kutscher entleerte unter Hustenanfällen einen $^7/_8$ Zoll langen, rostigen Nagel, der nach den Perkussionsbefunden im linken hinteren unteren Lungentheile gelegen hatte. Nach diesem Ereignisse konnte an Stelle der Dämpfung eine Kaverne nachgewiesen werden. Mit 10 Jahren hatte der Knabe beim Spielen den Nagel verschluckt und Hustenanfälle bekommen. Der zugezogene Arzt hatte aber die Idee mit dem Nagel für lächerlich erklärt und Bronchitis angenommen. **Loewenhardt** (Breslau).

Berichtigung zu dem Referat No. 11 in No. 8 d. Bl. p. 208: Prof. Obaliński hat in 74 Fällen von gangränöser Hernie den Darm primär resecirt; — 41 Todesfälle.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 24. März.** **1900.**

(Aus dem Kabinette für die operative Chirurgie und die topographische Anatomie von Prof. A. J. Dudukalow an der kaiserlichen Universität zu Charkow.)

Zur Frage von der operativen Behandlung der Neuralgie des N. trigeminus.

Anatomo-topographische Kritik der Verfahren zur Resektion des Ganglion Gasseri[1].

Von

Stud. med. A. B. Tichonowitch.

In dem Bestreben, eine vergleichende Kritik der Resektionsverfahren des Ganglion Gasseri vom anatomischen Standpunkte auszuüben, bin ich zu den folgenden Schlüssen gekommen:

1) Dem anatomischen Principe nach können alle Resektionsverfahren des Ganglion Gasseri in 2 Hauptgruppen getheilt werden: a. die auf dem temporalen, b. die auf dem sphenoidalen Wege auszuführenden.

Zur 1. Gruppe gehören 1) das typische Verfahren von Hartley-Krause und 2) dasselbe Verfahren, von Coelho modificirt durch Zufügung einer temporären Resektion des Arcus zygomaticus.

Die 2. Gruppe zerfällt in Untergruppen. Zu der ersten derselben gehören alle Verfahren mit der provisorischen Resektion des Arcus zygomaticus und des Processus coronoideus, und zwar: a. das reine Grundverfahren von W. Rose, die Trepanation bloß der Schädelbasis; b. das temporo-basale Verfahren von Doyen, Poirier, die Trepanation des Schädelgrundes im Gebiete des Planum infratemporale und der unteren Abtheilung der Fossa temporalis.

Bei allen Verfahren, die von mir zu der ersten Untergruppe gezählt werden, liegt der Weg zum Ganglion Gasseri zwischen den Muskeln in einem sehr gefäßreichen Gebiete.

Zu der 2. Untergruppe gehören die Verfahren mit der provisorischen Resektion des Arcus zygomaticus allein in kleinerem oder größerem Umfange. Es sind dies: a. das Verfahren von Jacob, provisorische Resektion des Arcus zygomaticus nebst der äußeren Hälfte des Os zygomaticum mit dem anliegenden Processus frontalis; b. das Verfahren von Quénu und Sebileau, provisorische Resektion des Arcus zygomaticus.

Bei allen Verfahren, welche von mir zu der zweiten Untergruppe gezählt werden, liegt der Weg zum Ganglion Gasseri zwischen der Schädelbasis im Gebiete des Planum infratemporale und ihrem Periost, d. h. außerhalb der Muskeln und den Gefäßen.

---

[1] Diese Arbeit ist von der medicinischen Fakultätskonferenz als der goldenen Medaille und der Veröffentlichung in extenso in den »Universitätsnachrichten« würdig anerkannt.



2) Die temporalen Verfahren schränken den Zutritt zum Ganglion ein. So ist z. B. 1) der Weg zum Ganglion im Verfahren von Hartley-Krause (in seiner typischen Form) kein direkter: derselbe liegt an der konvexen Oberfläche des Lobus temporalis des Gehirns, welch letzteres auf die Höhe einer geraden Linie zwischen dem unteren Rande der Knochenbresche und des Cavum Meckeli gehoben werden muss; 2) bei demselben Verfahren in der Modifikation von Coelho vermindert die zeitliche Resektion des Arcus zygomaticus die Verschiebungshöhe des Gehirns und begrenzt somit das Trauma des letzteren.

3) Die Verfahren von Hartley-Krause und Coelho, welche somit zur Verletzung des Gehirns nöthigen, begünstigen auch die Zerreißung der A. meningea media und erschweren deren Unterbindung.

4) Die Verfahren von Rose, Doyen, Poirier, Quénu und Sebileau, Jacob auf sphenoidalem Wege erleichtern den Zutritt zum Ganglion und schaffen, im Gegensatze zu den temporalen Verfahren, einen geraden Weg zum Ganglion.

Aber die Verfahren von Rose, Doyen, Poirier sind schwierig, weil sie: a. zahlreiche provisorische Knochenresektionen erfordern, b. die neben einander verlaufenden und oft mit einander verwachsenen Muskeln von einander zu trennen nöthigen, und c. die Gefahr der Verletzung der hier verlaufenden und nicht immer in ihrem Gange konstanten Gefäße gewähren.

Außerdem giebt die Operation der Resektion des Ganglion Gasseri nach Rose's Verfahren ein zu enges Feld, die nach Doyen setzt eine große Verletzung durch Zahl und Umfang der Knochenresektionen, das Verfahren von Poirier endlich ist noch nicht klinisch verificirt worden. Sicher aber wird durch die Durchschneidung von A. temporalis superficialis unter dem Ursprungsort der A. temporalis media und auch der A. profunda temporis aus der A. maxillaris interna die Ernährung des nebst dem Processus coronoideus abgetragenen M. temporalis ungünstig beeinflusst.

5) Die Verfahren von Quénu und Sebileau, Jacob besitzen die günstigen Seiten der Verfahren von Rose, Doyen, Poirier, indem sie weniger zu Gehirnverletzungen führen, und sind gleichzeitig frei von den ungünstigen Seiten dieser Methoden.

Indem sie sich von einander nur durch die Dimensionen des provisorisch zu resecirenden Arcus zygomaticus unterscheiden, schränken sie die Knochenresektionen ein und schaffen zugleich einen gefahrlosen Weg zwischen dem Planum infratemporale und dem dasselbe bedeckenden Periost, das man nebst den hinter dem Arcus zygomaticus gelegenen Weichtheilen zur Seite drängt. Gleichzeitig macht ein solcher Weg die Trennung der an einander liegenden Muskeln (M. temporalis von Masseter und Pterygoideus externus) unnöthig und beseitigt endlich die Gefahr einer Verletzung der oben wähnten Gefäße.

Die provisorische Resektion des Processus coronoideus wird in den angeführten Verfahren mit Erfolg durch eine einfache Öffnung des Mundes ersetzt, wobei der Proc. coronoid. nach unten geht und den Zutritt zur Schädelbasis ermöglicht.

Außerdem machen die Verfahren von Quénu und Sebileau und Jacob es leicht, die etwa nöthige Unterbindung des Stammes der A. meningea auszuführen.

Da übrigens das Verfahren Quénu und Sebileau vollständig freien Zutritt zum Ganglion Gasseri giebt, ist eine Umänderung durch Jacob unnöthig.

Nach Allem muss ich also das Verfahren von Quénu und Sebileau als das zweckmäßigste anerkennen.

Die verhältnismäßig einfache Technik der Operation, der Resektion des Ganglion Gasseri nach Quénu und Sebileau, der geringe Umfang der Knochenresektionen, der gefahrlose Weg zum Foramen ovale zwischen dem Knochen und dem Periost, das Fehlen großer Gefäße, die leichte Orientirung in den Geweben, durch welche man zum Ziel vordringt, die günstigen Bedingungen für die Anlegung einer Ligatur an die A. meningea media, die man dazu meistentheils gut schützen kann, die ziemlich kleinen Dimensionen der zur Bloßlegung des Ganglions nöthigen Knochenbresche, endlich der Schutz des Knochendefektes durch die zahlreichen hinter dem provisorisch resecirten Arcus zygomaticus gelegenen Organe, die Sicherheit der Konsolidation des Jochbogens durch die breite Oberfläche des vorderen Resektionsschnittes, Alles das stellt den großen Vortheil des in Rede stehenden Verfahrens dar und berechtigt zur Anerkennung des Verfahrens von Quénu und Sebileau als des zweckmäßigsten.

Kurz zusammengefasst, schließt das Verfahren von Quénu und Sebileau die Vortheile der »temporalen« so wie der »basalen« Verfahren in sich, ohne die Hauptfehler zu besitzen, welche dem einen und dem anderen eigen sind.

Zum Schlusse erlaube ich mir, dem hochgeehrten Prof. A. J. Dudukalow für das meiner Arbeit entgegengebrachte Interesse und für seine so nützliche Leitung derselben meinen innigsten Dank auszusprechen.

---

1) Pye. Surgical handicraft. 4. Auflage, herausgegeben von Rogers.

Bristol, Wright & Co., 1900.

Die 1. Auflage dieses Lehrbuches ist im Jahre 1884 erschienen; da jetzt schon die 4. vorliegt, scheint es sich in England einer ziemlichen Beliebtheit zu erfreuen. Der Inhalt entspricht im Wesentlichen dem, was man bei uns in den Lehrbüchern der kleinen Chirurgie zu finden gewöhnt ist; es begreift aber auch mehrere mehr der inneren Medicin zugehörige Kapitel. Die Darstellung ist eine frische, lebendige, in übersichtlicher Weise die Hauptsachen

hervorhebend. Für unseren deutschen Geschmack erscheint Manches überflüssig, so z. B. eine ausführliche Beschreibung der Magenpumpe und eine lange Darstellung der Bluttransfusion. Anderes ist wieder sehr kurz abgehandelt; nach der Beschreibung der Tracheotomie wird es schwer sein, eine exakte derartige Operation auszuführen.

Krecke (München).

---

2) **Helferich.** Die Greifswalder chirurgische Klinik in den Jahren 1885—1899.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 216.)

H. giebt hier einen kurzen Rückblick auf die chirurgische Klinik in Greifswald während der Zeit, in der er derselben leitend vorstand, ein Bericht, der auch über den Kreis der speciellen Bekannten und Freunde des Verf. und der Greifswalder Hochschule hinaus interessiren wird. H. hatte die Freude und das Verdienst, die Arbeitsleistungen der Klinik, insbesondere ihr operatives Material sich mehr als verdoppeln zu sehen. Die vorzüglichen erzielten Resultate waren um so erfreulicher, als die vorhandenen Hospitalräumlichkeiten keineswegs den modernen Ansprüchen genügten. Dieselben waren überdies stets überfüllt, auch die Korridore mit Betten bestellt. Dazu ein altmodischer Operationssaal — mit Holzboden, ohne Wasserspülung, mit mangelhafter Beleuchtung! Dass H. dessenungeachtet so viel Treffliches geleistet, kann manchen strebsamen Praktiker ermuthigen, der auch unter ungünstigen und dürftigen äußeren Umständen zu arbeiten sich bescheiden muss. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **P. Sudeck.** Kleinere Mittheilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

S. hat schon vor einigen Jahren denselben diphtherieähnlichen Bacillus gefunden wie Thorn (Archiv für Chirurgie Bd. LVIII Hft. 4). Diese Mikroorganismen boten dieselben Unterscheidungsmerkmale wie die Thorn's von den Löffler'schen Bacillen. S. hält sie für Saprophyten, die in der Luft, auf den Schleimhäuten und auf der Haut vorkommen können und von da aus in die Wunden gerathen. Die ausführlichere Arbeit des Verf. über diese Bacillen ist zu finden in der Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **E. Concornotti.** Über die Häufigkeit der pathogenen Mikroorganismen in der Luft.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. XXVI. No. 16 u. 17.)

Zum Nachweise der in der Luft suspendirten pathogenen Keime bedient sich Verf. folgender zweckmäßigen Methode: Die eine bestimmte Zeit der Luft ausgesetzten, mit Glycerinagar beschichteten Petri'schen Schalen kamen auf 24 Stunden in den Brutschrank.

Die entwickelten Kolonien wurden mit sterilem Wasser zu einer Emulsion zerrieben, die Kaninchen in die 7. Halsvene injicirt wurde. Unter 46 derartig ausgeführten Versuchen endeten 15 mit Tod des Kaninchens an Infektion mit Staphylococcus pyogenes aureus, die sich sowohl als reine Sepsis wie auch als durch multiple Abscessbildung in Organen kennzeichnete. In 8 Fällen gingen die Thier septisch nach Injektion von Staphylococcus pyogenes albus zu Grunde. Auch Bacterium coli und Fränkel'scher Diplococcus führten in einigen Fällen den Tod der Thiere herbei.

Wurde die Aufschwemmung derselben Platte theils intravenös, theils intraperitoneal verschiedenen Thieren einverleibt, so blieben die letzteren sämmtlich am Leben, während die große Mehrzahl der in die Vena jugularis injicirten Thiere zu Grunde ging.

Hübener (Dresden).

---

5) **E. Tavel.** Récherches expérimentales sur l'infection et désinfection des plaies par armes à feu.

(Revue de chir. 1899. No. 12.)

In der Abhandlung verwerthet T. die unter seiner Leitung von seinen Schülern Pustochkin, A. Müller, Probst, Schwarzenberg, Koller und Strick im Laufe der letzten Jahre ausgeführten experimentellen Untersuchungen über den Modus der Infektion und den Werth der Desinfektion der Schusswunden. Da die Arbeiten der genannten Mediciner fast sämmtlich bereits in diesem Blatte (s. 1896 p. 764, 789 und 1898 p. 454) referirt worden sind, ihre Ergebnisse auch von T. aufrecht erhalten werden, können wir uns darauf beschränken, auf die zusammenfassende werthvolle Studie T.'s hiermit hinzuweisen.

Kramer (Glogau).

---

6) **Stransky.** Sensibilitätsuntersuchungen an transplantirten Hautstücken.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 32 u. 33.)

S. hat auf Veranlassung von Obersteiner (Wien) folgende Fragen an transplantirten Hautstücken (gestielten und ungestielten) bearbeitet. Erstens ob sich an den überpflanzten Hautlappen eine Trennung, örtliche wie zeitliche, zwischen den einzelnen Sensibilitätsqualitäten feststellen lasse, namentlich zwischen der noch immer nicht als Empfindung sui generis allseitig anerkannten Schmerzempfindung und der taktilen Empfindung. Und weiter, ob — abgesehen von den durch Größe, Ernährungs- und Anheilungsverhältnissen gesetzten Bedingungen — die Sensibilität der Lappen beeinflusst werde, d. h. ob das Verhältnis der Empfindungsqualitäten des Pflanzstückes konform der früheren oder der neueren Umgebung desselben ist. Die zeitliche Entwicklung der bezüglichen Sensibilitätsverhältnisse zu prüfen, war nicht in vollerem Umfange ausführbar, da sich hier Schwierigkeiten entgegenstellten, die in äußeren Verhältnissen (gefährdete Asepsis, Verbandwechsel etc.) ihren Grund hatten.

Zur Prüfung der taktilen Empfindung benutzte F. das von ihm modificirte Ästhesiometer von Frey, die Schmerzempfindung wurde mit Nadelstichen, Wärme- und Kälteempfindung mit erwärmten Glasstäbchen von 4 qmm Druckfläche resp. dünn gespitzten Eisstiften untersucht.

An gestielten Lappen während der Persistenz des Stieles vorgenommene Untersuchungsreihen (2 Fälle) ergaben das Phänomen der Duplicität der Leitungsrichtung sehr schön; und zwar wurde bei schwächerem Drucke die Lokalisation auf den alten, bei stärkerem auf den neuen Mutterboden verlegt.

Unter Einbeziehung einiger alter, vor Jahren operirter Fälle (worunter einige wenige nach Thiersch transplantirte, bei denen die Papillen des Coriums mitgenommen waren) kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen:

Die Schmerzempfindung ist von der taktilen zu trennen und als Empfindung sui generis aufzufassen. Eben so lässt sich ein sicherer örtlicher Zusammenhang zwischen Schmerz- und Temperaturempfindung nicht ersehen.

Die Entwicklung der Empfindung in den transplantirten Hautstücken erfolgt vom Rande her, und zwar tritt meist zuerst und am ausgebreitetsten die taktile Empfindung hervor, während Schmerz- und besonders Temperaturempfindung gewöhnlich erst später nachfolgen.

Der Grad der im Lappen sich entwickelnden Empfindlichkeit ist von der Größe des Lappens abhängig, in so fern bei großen Lappen gewöhnlich größere Partien auf lange Zeit, vielleicht dauernd unterempfindlich bleiben. Er wird auch durch die Ernährungs- und Heilungsvorgänge beeinflusst (Rückgang der Empfindlichkeit über entzündeten Rändern).

Der Lappen bringt von seinem Mutterboden die specifischen Sensibilitätsverhältnisse dieses letzteren, besonders Betreffs der taktilen Empfindung mit, d. h. anatomisch gesprochen müssten die alten Nervenendorgane (in Betracht kämen die Meissner'schen und Merkel'schen Tastkörperchen und ihnen ähnliche Gebilde, nicht aber die völlig heterologen Vater'schen Körperchen, so wie eventuelle Schmerz- und Temperatursinnsorgane) intakt bleiben, in die neue Umgebung mit hinüber genommen werden und nun den neu hineinwachsenden Nerven eben so als Endorgane dienen wie früher den alten.

Hübener (Dresden).

---

7) **Gumprecht.** Die Technik der speciellen Therapie. Zweite Auflage. Ein Handbuch für die Praxis.

Jena, **Gustav Fischer,** 1900.

Die kurze Zeit, die erst nach dem Erscheinen der 1. Auflage ($1^1/_2$ Jahr) verflossen ist, zeigt, welche gute Aufnahme das vortreffliche Buch gefunden hat. Wenn auch umfassende Fortschritte der

technischen Therapie in der neuen Auflage demnach nicht zu erwarten sind, so sind doch manche Abschnitte übersichtlicher gestaltet (Magen- und Speiseröhre). Eben so sind die Citate beschränkt worden, so wie das Litteraturverzeichnis. Die Tracheotomie ist in die Darstellung mit einbezogen, dagegen wurde die Rippenresektion fortgelassen. Neu hinzugekommen sind vor allen Dingen die Geschichte der Hautpunktion, die Kochsalzinfusion gegen Typhus, die chirurgischen Indikationen bei Ösophagus- und Pylorusstenosen, Probepunktion bei Perityphlitis, der therapeutische Erfolg bei Lumbalpunktion und die Cocainisirung des Rückenmarkes.

Man sieht, dass der Verf. bemüht gewesen ist, das Buch nach Möglichkeit zu vervollkommnen, und es ist ihm gelungen.

Borchard (Posen).

---

8) **A. C. White.** Liquid air: its application in medicine and surgery.

(New York med. record 1899. Juli 22.)

Versuche mit flüssiger Luft geben dem Verf. Veranlassung, der Medicin der Zukunft die großartigsten Prospekte zu eröffnen: bei Lungenkrankheiten, Carcinomen, specifischen Schankern, Herpes zoster ist das Mittel theils von Erfolg gewesen, theils wird es voraussichtlich Heilungen erzielen. Auch für Lupus sind die Aussichten sehr günstig. Ohne mit irgend welchem Vorurtheile der enormen Kälteeinwirkung die Möglichkeit bestimmter therapeutischer Indikationen absprechen zu wollen, können wir die Lektüre dieses Phantasieproduktes auch den späteren Untersuchern nicht besonders empfehlen.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **F. T. Gordon.** Wood pulp as a material for poultices and surgical dressings.

(New York med. record 1899. Oktober 7.)

Rohe Holzstoffbreitafeln sind ein billiges und sehr brauchbares Material zu Kompressen und Verbänden; sie nehmen 4—5mal an Eigengewicht Wasser auf, wenn sie in Wasser macerirt werden. In heißem Wasser halten sie bedeutend besser Wärme und Feuchtigkeit, als gleiche Kompressen aus Jute oder anderen Stoffen. Mit Öl und Fett imprägnirt kann solche Masse zum Verbande auf Lint benutzt werden. Unter anderen Vorzügen ist die Sterilisirbarkeit zu erwähnen. Für den Landarzt nach G. besonders zu empfehlen.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **E. Lindemann.** Über »Elektrothermkompressen« (elektrisch erwärmte Umschläge).

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 38.)

Um prolongirt heiße Kompressen anwenden zu können, empfiehlt L. elektrisch erwärmte, sogenannte Elektrothermkompressen, welche vor den gebräuchlichen Umschlägen den Vortheil haben, dass in

ihnen die Temperatur regulirt und auf gewünschter Höhe konstant erhalten werden kann. Dazu verwendet er dieselben Widerstandsdrähte, aus denen der Heizkörper seines Heißluftapparates »Elektrotherm« gearbeitet ist. Nur sind bei der Elektrothermkompresse diese Drähte in der Fläche ausgebreitet, durch Asbest isolirt und mit Mosetig-Battist u. dgl. umgeben, um die Feuchtigkeit von den Drähten abzuhalten und eine bessere glattere Bedeckungsfläche für den Pat. zu schaffen. Angeschlossen kann die Kompresse an jede Glühlampe werden oder an einen Wandkontakt. Als Wärmeregulator in der Kompresse dient ein in die Drahtleitung eingeschalteter Rheostat. Die Drähte sind in der Kompresse durch Asbest vollkommen isolirt, so dass kein Strom in die Kompresse übertreten kann. Die so erwärmten Kompressen lassen sich verwenden als trockener warmer Umschlag und als Thermophore, um darunter liegende feuchte oder breiige Kataplasmen in der gewünschten Temperatur konstant zu erhalten, und können in jeder beliebigen Form und Größe verfertigt werden. Hervorzuheben wäre noch die raschere, einfache und bequeme Anwendungsweise und Handhabung, auch durch den Kranken selbst, sodann die leichte und weiche Beschaffenheit der Kompresse und schließlich die Möglichkeit, dem Körper die Hitze allmählich zuzuführen. Dem Aufsatze sind 3 Illustrationen beigegeben.

Gold (Bielitz).

---

11) **Uhma.** Die Schnellfärbung des Neisser'schen Gonococcus in frischen nicht fixirten Präparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 2.)

Es gelingt mit Neutralroth die Gonokokken in frischen Präparaten zu färben. U. benetzt Objektträger mit $^1/_2$—1%iger alkoholischer Lösung des — von Ehrlich zur vitalen Färbung empfohlenen — Farbstoffes, lässt trocknen, bringt dann ein Tröpfchen des Eiters darauf und bedeckt mit einem Deckglase; es färben sich dann fast zuerst die Gonokokken. Über die specifische Bedeutung dieser Färbung möchte sich der Verf. noch nicht mit Bestimmtheit aussprechen. Doch scheinen andere Bakterien dabei oft ungefärbt zu bleiben.

Jadassohn (Bern).

---

12) **Bettmann.** Über eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

B. hatte früher in durch Kantharidenpflaster erzeugten Hautblasen eosinophile Zellen nachweisen können, und zwar in gewissen Stadien der Blasenbildung. Er versuchte nun an der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre zu konstatiren, ob dem Kantharidin ein positiv chemotaktischer Einfluss auf eosinophile Zellen zuzuschreiben sei. Er injicirte zu einer Zeit, zu der normalerweise diese Gebilde im gonorrhoischen Eiter fehlen, 4 dmg kantharidinsaures Kali und konnte in 6 von 14 Fällen das Auftreten von zum Theil sehr zahlreichen

eosinophilen Zellen 6—10 Stunden nach der Einspritzung konstatiren. Die gewöhnlich gebrauchten Einspritzungsflüssigkeiten hatten ein solches Resultat nicht. Wiederholt wurde bei den Kantharidininjektionen eine blutige Sekretion beobachtet. Im Blute wurden Veränderungen der Eosinophilie nicht beobachtet. Die von B. an diese Befunde geknüpften Erörterungen sind (leider und natürlicherweise) zur Zeit noch ganz hypothetisch und sind desswegen zum Referat nicht geeignet. Gewiss aber ist, dass auf solchen Wegen die Frage nach der Bedeutung der eosinophilen Zellen ihrer Lösung entgegengeführt werden muss. **Jadassohn** (Bern).

---

13) P. Witte. Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 1.)

Der Nachweis, dass die gonorrhoische Epididymitis auf unmittelbarer Einwirkung der Gonokokken beruht, ist erst in einigen wenigen Fällen erbracht. Die — von dem Verf. ausführlich wiedergegebenen — Angaben, dass ein anderer Mikroorganismus, der »Orchiococcus«, diese Komplikation bedinge, haben nie Glauben gefunden; auch die »Toxintheorie« schien sehr unwahrscheinlich. Verf. fand bei einem — nach der Incision sehr günstig verlaufenden — Nebenhodenabscesse mikroskopisch und kulturell Gonokokken, deren Kulturen sich auch im Thierexperiment charakteristisch verhielten. Mit Recht betont W., dass man in serösen Ergüssen Gonokokken bei der Epididymitis eben so wenig erwarten könne, wie bei der Arthritis.

Jadassohn (Bern).

---

14) C. Adrian. Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 1—3.)

A. hat in der Straßburger Klinik 25 Bubonen bei Ulcus molle nach den verschiedensten Richtungen untersucht und darunter 13 virulente und 12 avirulente gefunden. Er ist zu dem Resultate gekommen (das schon seit einiger Zeit die größte Wahrscheinlichkeit für sich hat), dass die beiden Gruppen der Bubonen durch das Eindringen der Ducrey'schen Bacillen in die Drüsen zu Stande kommen. Auffallender ist die Angabe, dass »sich bei genauerem Suchen diese Bakterien im Eiter des frisch punktirten oder incidirten, sich nachträglich virulent oder avirulent herausstellenden Bubo fast ausnahmslos« finden; das widerspricht den bisherigen Erfahrungen; doch finde ich in der Tabelle unter den 12 avirulenten Bubonen 5 mit der Angabe »keine Mikroorganismen nachzuweisen«. Auffallend ist auch, dass A. »im Eiter des virulenten sowohl wie avirulenten Bubo neben typischen Streptobacillen Formen von Bakterien, Kokken und Diplokokken von verschiedener Größe, zum Theil intracellulär« gefunden hat, »über deren Her-

kunft wir nichts Bestimmtes aussagen können, und die unter Umständen auf den gewöhnlichen Nährböden kultivirbar sind«. A. glaubt, dass diese Bakterien »nur die Rolle accidenteller sekundärer Infektion oder vielleicht einer Mischinfektion spielen; wenigstens scheint ihre Anwesenheit auf das Auftreten und den weiteren Verlauf des Bubo ohne jeden Einfluss zu sein«. Jeder Bubo kann virulent werden. Ob er es wird oder nicht, das hängt nach A. wesentlich von den »Schwankungen der Temperatur in der Bubohöhle selbst vor der Eröffnung derselben« ab; aus 2 Versuchen, in denen A. virulenten und avirulenten Eiter in die Subcutis injicirt hat, geht hervor, dass »weder die Eigenart des Gewebes noch die Intaktheit der Hautdecke über dem Bubo die Veränderungen der Virulenz erklären« kann. (Ein definitiver Beweis für die Bedeutung der Temperatur wird allerdings auch von A. noch nicht erbracht; Ref. glaubt, dass bei dieser ganzen Diskussion nicht nur die von Hause aus verschiedene Virulenz der Ulcera mollia, sondern auch die individuellen Verschiedenheiten der Erkrankten eine große Rolle spielen; auch im Ulcus molle schwindet selbst ohne Therapie bei dem Einen die Virulenz schneller, bei dem Anderen sehr viel langsamer.)

Weiterhin betont A., dass die »Inokulationsfähigkeit des frisch entleerten Buboeiters in den später sich als virulent herausstellenden Fällen nicht konstant ist«. (An einer anderen Stelle, p. 80, sagt Verf., dass es »zu den Seltenheiten gehörte, dass der Buboeiter ab initio inokulationsfähig war« — es war das aber bei seinen Versuchen 7 unter 13 Malen der Fall. Ref.)

Mehr anhangsweise macht A. Mittheilungen über die Verflüssigung erstarrten menschlichen oder thierischen Blutserums durch virulenten oder nicht virulenten Buboeiter und auch durch anderen aseptischen Eiter — er führt diese »Peptonisirung auf eine an den Zellzerfall gebundene Fermentwirkung« zurück. (Ich habe dasselbe bei der Verimpfung ganz steril bleibenden Unterhautzellgewebes gesehen. Ref.)

Die Frage, ob es gelingt, den nicht eröffneten Bubo durch therapeutische Maßnahmen avirulent zu machen, muss A. negativ beantworten.

Jadassohn (Bern).

---

15) G. Piccardi. Syphiloderma haemorrhagicum adultorum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Heft 1.)

P. hat bei einem der nicht gerade häufigen Fälle von hämorrhagischen Papeln bei erworbener Syphilis der Erwachsenen, die sich speciell an den Unterschenkeln fanden — zugleich bestanden sog. lichenoide Papeln —, einzelne Efflorescenzen histologisch untersucht und kommt zu dem Resultate, dass diese sich ganz wie andere Papeln (wegen ihres Gehaltes an Riesenzellen und ihrer vorzugsweisen Lokalisation an den Follikeln speciell wie lichenoide Papeln) verhielten und sich von ihnen nur durch ihren großen Gehalt an rothen Blutkörperchen unterschieden. Die letzteren scheinen in der

Haut selbst durch Diapedese durch die stark veränderten Gefäße, im Unterhautgewebe aber durch — allerdings nicht nachweisbare — Rhexis in das Gewebe gelangt zu sein. **Jadassohn** (Bern).

16) **M. Höfler.** Über die Methode der Quecksilbereinreibungskuren im Bade Tölz (Krankenheil).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 12.)

In ausführlicher Weise schildert Verf., wie er im Bade Tölz Einreibungen mit grauer Salbe (mit Lanolin) vornehmen lässt. Die Resultate sind sehr günstig, speciell Stomatitiden ganz außergewöhnlich. Die Haut wird durch tägliche Einreibungen mit Quellsalzseife und durch Bäder besonders aufnahmefähig gemacht. Auf die Diät (kein Alkohol; Milch!), auf die Mundpflege, auf gründliche Einreibung (1—6 g 10—30 Minuten) wird besonderes Gewicht gelegt. Auch der »kurgemäße Gebrauch eines Schwefel- oder Kochsalz- oder jodhaltigen Mineralbrunnens« ist wichtig, da er »sicher auf die Ausscheidung der intermediären Stoffwechselprodukte aus dem Körper einen günstigen Einfluss ausübt«. **Jadassohn** (Bern).

17) **Maritelli.** Intorno a due casi di grave stenosi esofogea seguita ad ingestione di lisciva.

(Pediatria 1899. No. 12.)

Anätzungen des Ösophagus durch Lauge sollen nach M. bei den Kindern der ärmeren Bevölkerung Roms auffallend häufig sein. In 2 Fällen, in welchen eine starke Stenose eingetreten war und Sonden verschiedener Art nicht durchgingen, gelang es ihm überraschend leicht und schnell mit folgendem Instrumente die Striktur zu überwinden und zu erweitern. Dasselbe (von Rüsch in Canstatt nach Angabe des Autors angefertigt) besteht aus einer langen, dünnen, geknöpften Fischbeinsonde, die vermöge ihrer Biegsamkeit den Weg gut findet, wenn nicht, sich umkehrt und keinen Schaden anrichtet. Ist man mit dieser (3 Stärken von 1—3 mm) in den Magen eingedrungen, wird über sie als Mandrin eine nach oben allmählich dicker werdende, also konische Gummiröhre eingeführt (verschiedene Nummern bis zu 38 Charr.) und so eine Dilatation rasch erzielt. Am unteren Ende der Röhren sind 2 Augen angebracht, so dass man durch Aufblähung sofort konstatiren kann, ob man wirklich in den Magen eingedrungen ist. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

18) **A. Sippel.** Drainage und Peritonitis.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X. p. 476.)

Verf. spricht sich unter Mittheilung von 4 wegen virulenter, infektiöser Affektionen der Adnexe laparotomirten und mit Drainage behandelten Fällen zu Gunsten der letzteren aus. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um Beschmierung des intakten Peritoneums

mit virulentem Eiter während der Operation, in den beiden anderen Fällen um Durchbruch von mit virulentem Eiter gefüllten größeren Hohlräumen nach der freien Bauchhöhle hin mit nachfolgender Peritonitis. Sämmtliche 4 Pat. genasen. S. hält, wie die größte Mehrzahl der Chirurgen, die Drainage der Bauchhöhle für angezeigt, sobald das Operationsgebiet, sei es schon vor der Operation, sei es während derselben, durch virulenten Eiter verunreinigt ist. Er hebt die Nothwendigkeit hervor, die Wundränder durch ein dickes, unnachgiebiges Drainrohr in genügender Weise aus einander zu halten, damit die Fasern der drainirenden Jodoformgaze nicht bis zur Undurchgängigkeit komprimirt werden. Ferner muss die Gaze eine genügende Dicke haben, um eine genügende Flüssigkeitsmenge herausbefördern zu können.

S. redet ferner der Spülung der Bauchhöhle durch physiologische Kochsalzlösung das Wort. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

19) **G. M. Edebohls.** A review of the history and literature of appendicitis.

(New York med. record 1899. November 25.)

Die Litteratur über die Erkrankungen und Operationen des Wurmfortsatzes wachsen ins Ungemessene. E. konstatirt, dass bis 1898 mehr als 2500 Journalartikel, Dissertationen und Bücher darüber erschienen sind, davon die Hälfte in den letzten 5 Jahren. Die kurze Besprechung sondert 376 Titel aus, welche theils aus historischen Gründen, theils wegen ihres wirklichen Werthes erwähnenswerth sind. Die Gesammtlitteratur hat E. in der Bücherei der New York academie of medicine zusammengestellt niedergelegt, wo sie Jedermann zur Verfügung steht.

Wer sich mit dem Thema beschäftigt, muss den Originalartikel lesen. Hier sei nur kurz auf die Eintheilung hingewiesen.

Nomenklatur. Obgleich Appendicitis ein Barbarismus ist, hat er sich so eingebürgert, dass alle anderen Synonyma zurückstehen müssen (Epityphlitis, Ekphyaditis und Skolecoiditis).

Allgemeine historische Daten. Ein Brief von Saracenus vom 28. August 1642 beschreibt einen ziemlich sicheren Abscess des Wurmfortsatzes. »Die Diagnose von akuter Appendicitis wurde mehr als durch alle Vorgänger durch McBurney 1898 gefördert, welcher den McBurney'schen Punkt (New York med. journ. 1898 No. 1 p. 676—684) lehrte. Die Ausarbeitung der Palpation durch E. brachte uns in den Stand, jeden Fall von akuter Erkrankung zu erkennen. (Amer. journ. of med. sciences 1894 Bd. CVII p. 487)«

Die Häufigkeit wird von verschiedenen Autoren nach Procent und Geschlecht sehr abweichend angegeben. Toft (With) fand in 300 Autopsien 190 ganz normale und 110 mehr oder weniger erkrankte Wurmfortsätze. Wallis fand nur 1,7% erkrankt; E. berichtet, dass 4% aller Frauen an Appendicitis leiden. Andere Statistiken sind bekannt.

Es folgen weitere Angaben über Anatomie, Ätiologie und Pathologie.

Die Statistik der Fremdkörper. Letztere Befunde fasst E. in dem Sinne auf, dass ihre Anwesenheit vielmehr die Folge als die Ursache der Appendicitis ist. Entozoen, Coprolithe, allerlei Kerne von Früchten, Haare, Knochenstücke, Gelatinkapseln, Schrauben, Patronen etc. werden angegeben.

Eine Reihe anderer pathologischer Befunde als Entzündungen liegen vor, darunter Echinococcus, Aktinomykose, primäre bösartige Geschwülste.

Bakteriologie. Clarke nannte den Wurmfortsatz »Eine Kulturröhre«. Adenot und Gouillioud (Lyon med. 1891) behaupteten, fast in jedem Falle eine bakterielle Invasion, meistens von Bact. coli, vorgefunden zu haben. Untersuchungen nach dieser Richtung sind seit der Zeit in ununterbrochener Reihe pnblicirt: Streptococcus, Diplococcus pneumoniae fast in Reinkultur, Proteus wurden vereinzelt entdeckt. Beaussenat (Revue de gynaec. et chir. abdom., Paris 1897) lieferte den wichtigen Nachweis, dass sowohl durch das Blut und die Lymphwege, als auch durch die Schleimhaut der Wurmfortsatz inficirt werden könne. Hartmann und Raymond (Assoc. franç. d'urologie 1897) berichten über die Fortleitung des Bact. coli von einem solchen Abscesse des Wurmfortsatzes in die gesunde Blasenwand, wodurch infektiöse Cystitis entstand.

Die Komplikationen der Appendicitis zeichnen sich durch ihre Anzahl und schweren Verlauf aus. Die Kasuistik E.'s ist hier überaus umfangreich. Des weiteren werden die Fälle aufgeführt, wo Wurmfortsätze in Hernien vorgefunden wurden.

Gleichzeitiger Befund von Erkrankungen der Beckenorgane, besonders bei Frauen, ist täglicher Befund des Gynäkologen. Der Wurmfortsatz spielt bald den Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung, bald ist er nur sekundär erkrankt.

Folgt Litteratur.

Die Besprechung der Appendicitis bei Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett fängt bei dem klassischen Falle von Mestivier an (Journ. de med., chir. et pharm. Paris 1759). Die Sektion brachte eine Nadel im Wurmfortsatze als Ursache eines rechten Iliacalabscesses bei einer 8monatlichen Schwangeren zu Tage.

Die medicinische Behandlung ist nur ganz kurz berührt als bekannt und nicht Gegenstand des jetzigen Interesses. Auch hervorragende Internisten, wie Eliot und Fitz, hielten die Erkrankung für eine chirurgische.

Die chirurgischen Behandlungsmethoden beginnen mit Mestivier 1759 in oben erwähntem Falle.

Folgende Hauptabschnitte behandeln die operativen Maßnahmen: Frühere Operationen zur Entleerung perityphlitischer Abscesse; exploratorische Punktion; eigentliche Chirurgie des Wurmfortsatzes: 1) bei den akuten Formen, 2) bei den chronischen, den recidivirenden und den intermittirenden Fällen.

Wahre linksseitige Erkrankung ist nur aus dem Falle von Biedi (Méd. moderne, Paris 1897) bekannt, wo bei einem Soldaten völlige Inversion aller Eingeweide vorlag. Die übrigen Beobachtungen betrafen Abscesse auf der linken Seite, welche ursprünglich alle von rechts ausgingen.

Die Appendicektomie für akute perforative oder gangränöse Erkrankung, die Incisionen bei akuten oder chronischen Formen werden besprochen. Die Incision nach McBurney (cf. Annals of surgery, Philadelphia 1894, Bd. XX) und die Rectusincision nach Battle (Brit. med. journ. 1895 Bd. II p. 1360), so wie die Lumbarincision nach E. sind besonders anerkannte Methoden. Die Technik der Stumpfversorgung wird eingehender behandelt. E. hat bei mehr als 100 Fällen seiner Methode den uneröffneten Wurmfortsatz invertirt ohne einen einzigen Todesfall. Hierbei ist die einzige Möglichkeit gegeben, den Darm nicht zu öffnen und eine Infektion zu riskiren.

Die Behandlung der diffusen septischen Peritonitis, Drainage, zufällige Ereignisse und Operationsstatistik, so wie eine Aufführung der Illustrationslitteratur sind noch zu erwähnen.

Vorliegende fleißige Arbeit betrifft also lediglich die Litteraturzusammenstellung; die angeführten Notizen können nur Einiges aphoristisch wiedergeben. **Loewenhardt** (Breslau).

---

20) **F. Kammerer.** Remarks on the incision at the outer border of the rectus for appendicitis.

(New York med. record 1899. Juni 10.)

Ein früherer Artikel von K. (Med. record 1897 December 11) beschäftigte sich bereits mit der Modifikation des Schnittes am äußeren Rande des M. rectus bei Appendicitis. Die Hernie sollte dadurch verhindert werden, dass die Schnittlinien durch die verschiedenen Lagen der Bauchwand nicht in eine Ebene zusammenfielen. Besonders nach Trennung der Aponeurose des Obliquus externus wird der Rectus scharf nach der Medianlinie verlagert. Nach vollendeter Operation ist der Schnitt durch die hintere Rectusscheide und das Bauchfell überall durch den starken Muskel bedeckt. 26 Pat. wurden so behandelt, 18 gleichartige Resultate werden publicirt. Die Vorwürfe gegen diese Methode wurden auf die Durchtrennung der für die Ernährung des betreffenden Muskels wichtigen Nerven gegründet. Gerade dadurch soll Atrophie und Hernie begünstigt werden. Verf. hat eben so wie Lennander (cf. dieses Centralblatt 1898 No. 4) keine Schwierigkeit gefunden, beim Abziehen des Rectus die Nerven zu vermeiden. In 4 Fällen, wo die Durchtrennung eintrat, trat entweder keine besondere Störung ein, oder die Funktionen stellten sich wieder her. Wenn künftig weitere Schnitte nöthig sind, wird Verf. einen durchtrennten Nerven mit einer feinen Katgutnaht knüpfen. Gewöhnlich genügen 2—2½ Zoll lange Incisionen.

Loewenhardt (Breslau).



21) **W. S. MacLaren.** The sphere of drainage in surgery of the appendix.

(New York med. record 1899. Oktober 28.)

MacL. versucht nachzuweisen, dass die Drainage bei eitriger Appendicitis in jedem Falle falsch sei und einen überwundenen Standpunkt bedeute. Handelte es sich um abgekapselte Abscesse, müssten diese natürlich wie jeder Abscess behandelt werden, eine eigentliche Drainage im Sinne des Wortes finde dann gar nicht statt (?). Im Falle aber eine Infektion der Peritonealhöhle vorliege, gäbe es eine viel rationellere Behandlungsart, nämlich Füllung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Diese sei kein Nährboden und schwäche an einem besonders bedrohten Punkte des Bauchfelles das Infektionsmaterial dadurch ab, dass es auf die ganze Bauchhöhle vertheilt werde, so dass diese leichter damit fertig wird.

In den 2 Fällen, welche in diesem Sinne mit Erfolg behandelt wurden, fand vorher eine Auswaschung mit Wasserstoffsuperoxydwasser statt. **Loewenhardt** (Breslau).

---

22) **P. Bernhardt.** Die Radikaloperation der Leistenbrüche nach Kocher's Verlagerungsmethode auf Grund von Erfahrungen der Straßburger chirurgischen Klinik.

Inaug.-Diss., Straßburg, **Singer,** 1899. 78 S.

Verf. theilt die in der Straßburger Klinik von 1895—1897 an 37 nach Kocher operirten Hernien gemachten Erfahrungen mit, unter Vergleichung mit den an 12 nach anderen Methoden operirten Fällen gemachten Erfahrungen. In Bezug auf die Indikationsstellung sei bemerkt, dass dieselbe in der Straßburger Klinik verhältnismäßig eng begrenzt ist, indem nur in 3 Fällen der Wunsch der Kranken, vom Tragen des Bruchbandes befreit zu sein, als Grund zur Ausführung der Operation angesehen wurde. In den übrigen Fällen lagen andere Gründe vor, wie Beschwerden oder Einklemmung. Bezüglich der Wundbehandlung sei bemerkt, dass die Wunden durch Jodoformgaze drainirt wurden. Was den Hautschnitt betrifft, so wurde bei der Operation eingeklemmter Hernien zuerst ein Schnitt über die Geschwulst auf dem Hodensacke abwärts geführt und erst im weiteren Verlaufe der Operation nach oben außen verlängert. Der Schnitt in der Richtung des Poupart'schen Bandes (der übrigens auch für alle eingeklemmten Brüche genügen dürfte; Ref.) kam nur bei freien Brüchen zur Anwendung.

Bei angeborenen Brüchen des offenen Processus vaginalis wurde der obere Abschnitt des Bruchsackes wie ein gewöhnlicher Bruchsack behandelt, der untere nach entsprechender Excision aus seiner Wand mit den Rändern des unteren Wundwinkels vereint. (Wesshalb, sagt Verf. nicht.)

Bezüglich des Wundverlaufes sei bemerkt, dass in 38% der Fälle Wundkomplikationen beobachtet wurden. Dieses Verhältnis

fand sich in ziemlich gleicher Weise bei den verschiedenen Verfahren und bei freien wie eingeklemmten Brüchen.

Was die Recidive betrifft, fanden sich solche nach mehr als 1jähriger Beobachtung bei 15% der Fälle, bei den seit höchstens 1 Jahr operirten Pat. in 26% der Fälle. Die übrigen Pat. waren bei der Nachuntersuchung entweder geheilt (61 resp. 66%) oder zeigten eine diffuse Vorwölbung (23 resp. 6%). Diese große Recidivzahl beruht nicht zum mindesten, wie Verf. selbst annimmt, auf der häufigen Eiterung. (Bei der Abwägung der Vortheile der verschiedenen Methoden kommt Verf. zum Schlusse, dass das Kocher'sche Verfahren bei nicht veralteten Brüchen, die noch einen schrägen Kanal haben und keine Schwierigkeiten erwarten lassen, das geeignetste sei, dass aber das Bassini'sche Verfahren für die zahlreichen nicht schematischen Fälle passe, also eine allgemeinere Anwendung erlaube. Jedes Verfahren werde aber doch unheilbare Fälle zurücklassen.) **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

23) V. Chlumský. Experimentelle Untersuchungen über die verschiedenen Methoden der Darmvereinigung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Verf. legte bei Hunden Darmanastomosen an und bestimmte nach verschieden langer Zeit den Wasserdruck, welchen die Vereinigungsstelle auszuhalten vermochte. Es zeigte sich, dass der lebende gesunde Hundedarm noch einem Drucke von 400—500 mm Hg widersteht; später reißt zuerst die Serosa, dann die Muscularis, zuletzt die Submucosa. Sofort nach einer Darmvereinigung entsprach die mittlere Festigkeit einem Drucke von 150—200 mm Hg; Knopf- und Nahtanastomosen verhielten sich etwa gleich. Innerhalb der ersten 4 Tage wurde die Festigkeit konstant geringer, vom 5. Tage an nahm sie wieder zu und hatte am 10. Tage diejenige der normalen Darmwand erreicht. Knopfanastomosen hielten in den ersten Tagen den gleichen, wenn nicht einen höheren Druck als Nahtanastomosen aus, aber nur dann, wenn der Knopf an Ort und Stelle geblieben war und selbst keine auffälligen Veränderungen erlitt; in späteren Stadien (6.—8. Tag) war die Festigkeit der Nahtanastomosen um ein weniges höher.

Bezüglich der Frage, ob Knopf- oder Nahtanastomose zur Herstellung der Darmvereinigung benutzt werden soll, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei der Unsicherheit der jetzigen Anastomosenknöpfe diese nur bei besonderer Indikation anzuwenden seien. Cirkuläre und laterale Anastomosen haben je ihr eigenes Indikationsgebiet. Wo beide in Betracht kommen, möchte C. aus verschiedenen Gründen die Cirkulärnaht doch wieder mehr verwandt wissen, als es gegenwärtig geschieht. Für die Nachbehandlung wird gefolgert, dass flüssige, reizlose Nahrung schon in den ersten Tagen, feste

Speisen nicht vor der 2. Woche gegeben werden können. Aufstehen soll Pat. im Allgemeinen nicht vor dem 7.—8. Tage.

Honsell (Tübingen).

---

24) **M. Rheinwald.** Die Operation der verschieblichen Rectumcarcinome mittels Invagination und elastischer Abbindung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Wie Verf. ausführt, hat sich Steinthal in 3 Fällen von Mastdarmcarcinom und 1 Falle von Polyposis recti mit Erfolg nachstehender Methode bedient:

Künstliche Prolapsbildung durch Hervorziehen des Carcinoms vor den After, Einlegen eines gerippten Darmrohres in die Invagination und Abbinden im Gesunden analwärts von der erkrankten Partie über dem Darmrohre. Die Geschwulst wird der spontanen Abstoßung überlassen. Fehlen von Drüsenmetastasen, volle Beweglichkeit der Neubildung sind die Bedingungen des Verfahrens; es kann daher nur in einzelnen Fällen in Betracht kommen, bietet dann aber den Vortheil eines ungefährlichen, sehr geringfügigen und mit nur unbedeutendem Blutverluste verbundenen Eingriffes.

Honsell (Tübingen).

---

25) **E. Fraenkel** und **P. Krause.** Bakteriologisches und Experimentelles über die Galle.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXII. Hft. 1.)

Die Verff. haben sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt, an der Hand eines zahlreichen Materiales die in der Litteratur nur spärlich vorhandenen und theilweise sich widersprechenden Angaben, ob und unter welchen Bedingungen die Galle keimfrei ist, einer sorgfältigen Nachprüfung zu unterziehen.

Mit bakteriologisch absolut einwandsfreier Methode wurden 128 der Leiche entnommene Gallenblasen und 2mal durch Operation gewonnene Gallenflüssigkeit der Prüfung unterzogen. Dabei wurde die Galle in 105 Fällen steril, nicht steril in 25 Fällen gefunden.

In 35 Fällen handelte es sich um Infektionskrankheiten; hier wurden nur 4mal Keime in der Galle nachgewiesen, 2mal Streptokokken (Pneumonie, Sepsis), 1mal Bact. coli und 1mal Typhusbacillen. Es ergiebt sich daraus, dass die Gallenblase resp. die Leber nicht als Ausscheidungsorgan für die in der Säftemasse vorhandenen Krankheitserreger anzusehen ist und damit etwa eine Funktion übernimmt, wie sie den Nieren bei einer größeren Reihe von Infektionskrankheiten zukommt. Eine Ausnahme scheinen nur diejenigen Infektionskrankheiten zu machen, bei denen sich der eigentliche und wesentliche Krankheitsprocess im Darmkanale abspielt, wie bei Cholera und Typhus abdominalis.

Interessant besonders für den Chirurgen ist der bei Cholelithiasis erhobene Befund. Unter 16 derartigen Fällen war die Galle 11mal

nicht steril. Es wurden gefunden 5mal Bact. coli, 1mal Diplococcus lanceolatus, 3mal Streptococcus pyogenes. In den anderen Fällen handelte es sich meist um unbewegliche Stäbchen, die nicht näher untersucht wurden. Nur in einem Falle wurde kulturell mehr als eine Bakterienart gefunden.

Ein großes Kontingent bakterienhaltiger Gallen ergaben solche Fälle, bei denen in der Bauchhöhle akute Eiterungen oder spontan oder postoperativ entzündliche Processe auftraten.

Unter 7 Fällen eitriger Peritonitis erwies sich der Inhalt der Gallenblase nur 3mal steril, während 4mal der Nachweis von Bakterien gelang (darunter 1mal Streptokokken in Reinkultur). Bei 8 nach Bauchoperationen verstorbenen Kranken war 5mal die Galle keimfrei, in den 3 anderen Fällen enthielt sie je 1mal den Streptococcus pyogenes, Bac. pyocyaneus und Bact. coli.

Die unter Beihilfe von Sudeck experimentell an 8 Thieren (Meerschweinchen und Kaninchen) bearbeitete Frage, ob die in den freien Bauchraum geflossene Galle auf die Thiere schädigend wirke, konnte in allen streng aseptisch gemachten Fällen verneint werden, während es in den nicht so streng aseptisch operirten Fällen zur eitrigen Peritonitis mit Nachweis von massenhaften Bakterien kam.

Hübener (Dresden).

---

26) **M. M. Scherschewski.** Einige Bemerkungen über Pankreaserkrankungen.

(Wratsch 1899. No. 38. [Russisch.])

Auf anatomischen Erwägungen (Lage vor der Aorta und mit der Milz gemeinsamer Blutversorgung) und auf 14 Beobachtungen (die leider nicht näher beschrieben werden!) fußend, zählt S. folgende Symptome auf, die auf Pankreasleiden hinweisen: 1) Pathologisches Geräusch in der Aorta unterhalb des Pankreas kann durch Vergrößerung des letzteren und daher Verengerung der Gefäßlichtung erzeugt werden. 2) Veränderlichkeit des Milzvolumens innerhalb eines Tages bei Fehlen von Malaria. 3) Drucksymptome auf den Aortenplexus: gürtelförmige Schmerzen, Blasen- und Harnleiterschmerzen. 4) Charakteristische Schmerzen in der Pankreasgegend: sie sind eigenthümlich »vernichtend«, erzeugen Übelkeit und Schwäche und erscheinen regelmäßig 1—2 Stunden nach dem Essen. 5) Pulsation in der Pankreasgegend, unabhängig von Speise und Magen, mit Angstgefühl und Herzklopfen. In keinem Falle beobachtete S. vermehrte Speichelabsonderung. — Ätiologisch wichtig sind nach S. Malaria und Trauma. Bei der Behandlung wurde Pankreatin verordnet, äußerlich Auflegen von Skulpturton auf die Pankreasgegend und für Entleerung des Darmes Sorge getragen. — Verf. erwähnt u. A. kurz eines sehr interessanten Falles, wo ein Pankreasabscess in das Colon transversum durchbrach und so spontan ausheilte.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).



Kleinere Mittheilungen.

27) Congrès français de Chirurgie. XIII. Session, tenue à Paris du 16. au 21. octobre 1899.

(Revue de chir. 1899. No. 11.)

Auf dem durch Poncet mit einer Rede über die »Chirurgie à ciel ouvert« eröffneten Kongresse wurde zunächst die abdominelle Totalexstirpation des Uterus eingehend erörtert. Aus der lebhaften, durch ein Referat Ricard's (Paris) eingeleiteten Diskussion wollen wir nur ganz kurz hervorheben, dass die Mehrzahl der Redner die Indikationen für die abdominelle Operation wieder erheblich erweitert haben und letztere namentlich auch bei Uteruskrebs mehr befürworten.

Über die Knochengeschwulst als 2. Hauptthema wurde von Pollosson und Bérard (Lyon) referirt, welche hierbei auch der Bedeutung der Skiaskopie besonders für die Geschwülste der Extremitätenknochen gedachten, während sie ihren Werth bei Geschwülsten des Beckens und Brustkorbes gering veranschlagten. Die Skiaskopie ermöglicht es, die Knochengeschwülste der Extremitäten von Osteomyelitis und luetischen Affektionen zu unterscheiden, auch festzustellen, ob eine Geschwulst abgekapselt oder diffus, mit Knochenbruch komplicirt, ob Metastasen vorhanden seien etc. Bezüglich der Behandlung vertraten P. und B. dieselben Anschauungen, wie sie auch in Deutschland bei den meisten Chirurgen bestehen.

Gross (Nancy) berichtete über einen Fall von pulsirendem teleangiektatischem Myeloidsarkom der Patella bei einem 69jährigen Manne. Nach der Exstirpation trat ein Recidiv im unteren Femurende und nach Amputation schließlich der Tod in Folge von Metastasen ein. Doyen (Paris) wies auf den Werth der »Radioscopie stéréoscopique« für die Diagnose der Knochengeschwülste und auf die Nothwendigkeit sehr umfangreicher, sich weit ab vom Krankheitsherde haltender Operationen hin. Forgue (Montpellier) theilte als Ergebnis seiner in 9 Fällen ausgeführten Operationen mit, dass nur noch in 3 seit 7, 6 und $1\frac{1}{2}$ Jahren Heilung bestehe. Jonnesco (Bukarest) beschrieb einen Fall von nach einem Trauma entstandenem Knochenaneurysma des äußeren Condylus femoris — Heilung durch Incision, Ausräumung der Gerinnsel und Thermokauterisation seit über 1 Jahre —. Faure (Paris) hatte unter 12 Fällen von Osteosarkom 4 tödliche Ausgänge und 8 Heilungen p. op.; unter letzteren mindestens 2mal Recidive. Calot (Berck-sur-Mer) hat innerhalb 10 Jahren 6 Fälle von Knochengeschwülsten bei Kindern gesehen, indess nur in 4 die richtige Diagnose gestellt, während er in den anderen tuberkulöse Affektionen vermuthet hatte; die bei diesen letzteren gemachten »modificirenden Injektionen« in die Gelenkhöhle führten — entgegen den bei Tuberkulose sonst beobachteten günstigen Erfolgen — so rasche Verschlimmerungen herbei, dass C. daraus seinen Irrthum erkannte.

van Stockum (Rotterdam): Sur le phlegmon ligneux.

van S. konnte in einem Falle dieser im Anschlusse an eine radikale Bruchoperation aufgetretenen Phlegmone den Bacillus pseudo-diphthericus nachweisen.

Février et Gross (Nancy): Deux observations de brûlure par la radiographie.

Nur in dem einen Falle handelte es sich um eine tiefergehende Nekrose, die sich nach einer $^3/_4$stündigen Sitzung entwickelt hatte und außerordentlich lange Zeit bis zur Heilung erforderte.

Mondot (Oran): 1) Trépanation chez un épileptique de vingt-trois ans. 2) Extraction d'une balle ayant séjourné trois ans et sept mois dans le cerveau.

Im 1. Falle von traumatischer Epilepsie (Fall auf den Kopf 10 Jahre früher), die 7—8 Anfälle pro Tag brachte, meißelte M. an der Stelle der Narbe von dem

Schädelknochen, der 2mal so dick als in der Norm war, so viel ab, bis er auf normale Dicke kam. Heilung der Epilepsie (seit wie lange, wird nicht angegeben. Ref.).

Bei dem 2. Pat. hatte das skiaskopisch nachgewiesene, in einer Tiefe von 4—5 cm im Gehirne sitzende Geschoss schwere psychische Störungen gesetzt. Heilung nach Trepanation und Entfernung des Geschosses.

Vidal (Périgueux): Indications et contre-indications de la résection du sympathique dans les épilepsies essentielles généralisées.

V. sprach sich auf Grund experimenteller und klinischer Beobachtungen dahin aus, dass die Sympathicusresektion in den Fällen von Epilepsie, in denen Hirnanämie als Hilfsfaktor für die epileptischen Anfälle in Betracht komme, so wie in gewissen, auf toxischen, vasokonstriktorisch wirkenden Ursachen beruhenden Fällen gerechtfertigt, während sie in denen von Gehirnkompression kontraindicirt sei. In ätiologisch-diagnostischer Beziehung empfahl er einen Versuch mit Amylnitritinhalationen, die vorübergehend gleiche Erscheinungen der Vasodilatation, wie die Resektion hervorrufe, zu machen; in den dadurch günstig beeinflussten Fällen würde auch die letztere Erfolg versprechen. — Chipault wies auf die Schwierigkeit hin, bei der Resektion das obere Ganglion zu entfernen und führt darauf die unbefriedigenden — unter 30 Fällen nur 5 günstige — Resultate zurück.

Morestin (Paris): Le goître basedowifié.

M. hat in 2 Fällen von Morbus Basedowi, die sich mit Vergrößerung des seit Langem bestehenden Kropfes entwickelt hatte, die partielle Thyreoidektomie, 1mal mit andauerndem, bei der anderen Pat. mit rasch vorübergehendem günstigem Erfolge ausgeführt und hält es für wahrscheinlich, dass das Zurücklassen von Kropfgewebe die Ursache für das Recidiv war.

Poncet et Rivière (Lyon): Cancer thyreoïdien.

Auf Grund der an 47 Fällen von Schilddrüsenkrebs gemachten Erfahrungen sprachen sich P. und R. dahin aus, dass sich das Carcinom meist an schon vorher bestehenden Kropf anschließe, der plötzlich rasches Wachsthum zeige und heftige Beschwerden verursache. In den mehr akut verlaufenden Fällen müsse man sich vor Verwechslung mit einer Strumitis hüten, in so fern auch manchmal bei jenen Fieber auftrete. Nur bei dem intracystisch entwickelten Krebs könne die Exstirpation zur Heilung führen; in den anderen brächten Einschnitte in der Umgebung der Geschwulst (»incisions circumthyreoïdiennes«) oft Erleichterung. Die Hauptsache bleibe die präventive Behandlung des Kropfes.

Auvray (Paris): Plaies pénétrantes de l'espace de Traube.

A. theilte 3 Fälle von gleichzeitigen Verletzungen der Brusthöhle, des Zwerchfelles und Magens, in 2 auch der Leber mit, von denen der eine durch Operation geheilt werden konnte, während die beiden anderen trotz dieser an Erschöpfung durch den Blutverlust zu Grunde gingen. In klinischer Hinsicht standen die Folgen der Bauchverletzung im Vordergrunde und waren die der Brusthöhleneröffnung nur geringfügiger Art. Bei 2 der Fälle war nur die vordere Magenwand durchbohrt, in einem dieser die Schleimhaut der hinteren angerissen; bei dem 3. Falle von Durchbohrung beider Wände saß die Wunde an der hinteren sehr hoch, nahe der Cardia, so dass sie bei der Operation nicht aufgefunden wurde. Für solche Verletzungen des Traube'schen Raumes empfahl desshalb A., sich einen breiten Zugang durch Resektion der Knorpel der 7.—10. Rippe zu schaffen.

Delagénière (Le Mans): De l'utilité des interventions précoces dans les fractures pathologiques et traumatiques de la colonne vertébrale.

D. empfahl dringend, mit operativen Eingriffen in obigen Fällen nicht zu warten, weil sie später keinen Erfolg mehr haben. Bericht über 2 Fälle.

Montprofit (Angers): Pylorectomie et gastro-entérostomie.

M. hat 11 Pylorusresektionen wegen Krebs (8 geheilt, 3 †), 1 wegen Narbenstenose (geheilt), 24 Gastroenterostomien wegen Krebs (21 geheilt, 3 †) und 4 wegen gutartiger Affektionen (geheilt) gemacht. Je nach der Lage des Falles operirte er

bald nach Wölfler oder v. Hacker oder Roux. Er empfahl frühzeitige Operation und bezeichnete den Murphyknopf als überflüssig.

Jonnesco (Bukarest): Traitement chirurgical des ectasies gastriques.

J. besprach die gegen die Magenerweiterung angewandten Operationen und empfahl als einzig rationellen Eingriff eine Kombination der Gastroenterostomie mit einer Gastrorrhaphie und Gastropexie, von welcher er unter Zufügung einer lateralen Jejuno-jejunostomie in 1 Falle ein ausgezeichnetes Resultat gehabt hat.

Pantaloni (Marseille): Les avantages de la gastro-entérostomie postérieure en Y.

Nach diesem Verfahren hat P. 15mal mit Erfolg operirt. Er rühmte ihm nach, dass es die vollständige Entleerung des Magens erleichtere, den Rückfluss des Mageninhaltes in das Duodenum und den der Galle in den Magen verhindere und dem Kranken ermögliche, bald nach der Operation Nahrung aufzunehmen und früher, als nach anderen Methoden, das Bett zu verlassen.

Mauclaire (Paris): Anus colovaginal; enterorrhaphie latérale par la voie abdominale; guérison.

Der Colon-Scheidenafter war bei der Pat. nach einer von Beckeneiterung gefolgten vaginalen Hysterektomie entstanden. Die Scheide war sehr eng, die sehr hoch gelegene Darmöffnung weit. Nach der longitudinalen Naht der letzteren verschloss M. das Loch in der Scheide nicht, sondern führte einen Drain ein. Heilung.

Montprofit (Angers): Résection de 3 mètres 10 centimètres d'intestin dans une cure radicale de hernie volumineuse.

Die ausgedehnte Resektion (2,30 m Ileum, 80 cm Colon) war wegen totaler Verwachsung der Darmschlingen nothwendig. Laterale Enteroanastomose. Heilung.

Bouilly (Paris): Deux observations de résection iléo-colique.

Im 1. Falle gab eine nach Ausschneidung des Wurmfortsatzes zurückgebliebene Kothfistel (Blinddarm hochgradig verengt), im 2. tuberkulöse Erkrankung des Proc. vermiformis und Coecum Veranlassung zur Resektion. Heilung in beiden Fällen, im letzteren nach theilweiser Nekrose in Folge des Murphyknopfes.

Vautrin (Nancy) erwähnte eines Falles von auf Syphilis beruhender Verengerung des Blinddarmes, den er in Ausdehnung von 12 cm mit günstigem Erfolge resecirte. Delaunay (Paris) hat 2mal — wegen Tuberkulose und wegen Krebs — den Blinddarm nebst einem Stücke des Colon ascendens und einmündendem Dünndarme ausgeschnitten; beide Pat. sind bisher — seit $^1/_2$ bezw. $1^1/_2$ Jahre — gesund geblieben.

Tédenat (Montpellier) berichtet über 2 durch Resektion seit $4^1/_2$ und über 3 Jahren geheilte Fälle von Ileocoecaltuberkulose; außerdem hat er diese Operation noch 6mal gemacht und dabei der seitlichen Anastomosenbildung den Vorzug gegeben (35% †).

Poncet (Lyon): Appendicectomie sous-séreuse.

P. rühmte der Operation, bei der der Wurmfortsatz aus seinem serösen Überzuge herausgelöst wird, nach, dass sie bei sehr festen Verwachsungen des Fortsatzes mit den benachbarten Geweben von großem Werthe sei.

P. Reynier (Paris): De la cholédochotomie sans sutures.

R. empfahl, nach der Choledochotomie und Entfernung des Gallensteines den Ductus choledochus nicht zu nähen, sondern zu drainiren und um das Rohr sorgfältig mit Gaze zu tamponiren. Er berichtete über einen bezüglichen Fall, in dem die Freilegung des Ductus wegen ausgedehnter Verwachsungen sehr erschwert war, und ein pfirsichkerngroßer Stein extrahirt wurde. Heilung ohne Fistel.

Lejars (Paris): Des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans les cholécystites calculeuses.

L. theilte die Resultate von 20 Cholecystotomien und Cholecystektomien mit, welche ihm sehr gute sofortige und andauernde Resultate ergeben haben. 1 Pat.

starb nach der Operation, ein zweiter an sekundärem Leberkrebs 6 Monate später. Bei den Geheilten besteht der gute Erfolg bereits seit Jahren.

Doyen (Paris) empfahl das Verfahren der doppelten Suture en bourse nach seiner Methode des Ecrasements auch für die Operation an den Gallenwegen.

Jonnesco (Bukarest): La splénectomie; étude clinique et expérimentale.

J. hat seit 1896 29mal (10 †) die Milz exstirpirt (1mal wegen Echinococcus, 28mal wegen Malariamilz). 10 dieser Pat. befanden sich vor der Operation noch in gutem Allgemeinzustande (8 geheilt, 2 †); 12 waren bereits sehr anämisch (7 geh., 5 †), 5 hochgradig kachektisch (4 geh., 1 †), 2 hatten Leukocythémie und starben nach der Operation. Komplikationen bestanden 4mal in Ödem der unteren Gliedmaßen (3 geh.), 4mal in Ascites (1 geh.), 3mal in hypertrophischer Form der Lebercirrhose (2 geh.), 2mal in atrophischer Cirrhose (2 †), 1mal in Lungentuberkulose (geh.) und 1mal in tuberkulöser Pleuroperitonitis (†). Die Pat. waren im Alter von 14—62 Jahren, die Milz mobil bei 7 (5 geh., 2 †), fixirt bei 22 (14 geh., 8 †), in 5 Fällen tiefe parietale und viscerale Verwachsungen (1 geh., 4 †), in 3 wurde die Pleurahöhle eröffnet (2 †). Nach der Operation hatten 7 (3 geh., 4 †) Lungenkongestion. Die Todesursachen bestanden nur 2mal in Nachblutungen.

Experimentelle Untersuchungen seiner Assistenten ergaben, dass Unterbindung des ganzen Milzstieles zu rascher Nekrose des Organs führe, dass die Unterbindung der Art. und V. lienalis allein allmähliche Atrophie bedinge, ausgedehntere Unterbindung rasche Atrophie und Cirrhose der Milz setze, dagegen nach vorheriger Schaffung von Verwachsungen mit der Bauchwand das »vegetative Leben« der Milz erhalten bleibe. Schließlich wurde noch nachgewiesen, dass in der letzteren normalerweise keine Mikroben seien, und nach der totalen Unterbindung des Stieles erst nach 24 Stunden Colibacillen auftreten. Bei Vorhandensein ausgedehnterer Verwachsungen dürfte nach obigen Versuchen also Unterbindung des Stieles zulässig und damit Atrophie des Organs zu erreichen sein.

Rémy (Paris): Bons résultats du tamponnement sans fermeture de la plaie dans quelques laparotomies.

R. hat wiederholt mit bestem Erfolge nach Laparotomien, theils da, wo er Eiterherde im Bauche entleert hatte, theils in Fällen, wo er der aseptischen Ausführung der Laparotomie nicht ganz traute, die Bauchhöhle mit sterilen Tüchern ausgestopft, jegliche Ausspülung vermieden und die Wunde offen gelassen.

Chibret (Aurillac): Sur un cas de rupture de la paroi abdominelle au niveau d'une cicatrice opératoire.

Der Riss der Bauchdecken unterhalb einer Narbe, die von einer 9 Monate vorher bei dem 65jährigen Pat. ausgeführten Radikaloperation eines umfangreichen Leistenbruches herrührte, trat in einem Hustenanfalle ein. Durch die enge Rissstelle, welche da lag, wo früher ein kleiner Ligaturabscess bestanden, fielen 2 m Darm vor. Heilung nach Reposition, 6 Stunden später, und Naht.

Lejars (Paris): Les abcès ante-rénaux.

L. hat 5mal vor der Niere gelegene Abscesse beobachtet, welche 3mal renalen oder perirenalen und 2mal wahrscheinlich appendicitischen Ursprunges waren. Heilung in 4 Fällen durch Laparotomie, im 5. durch Operation von einem Lendenschnitte aus.

Février (Nancy): Remarques à propos d'une observation de calcul du rein.

Der aus einem Gemisch von Oxalaten und phosphorsaurem Kalk bestehende, nussgroße Stein wurde durch Röntgenstrahlen nicht entdeckt und durch Nephrotomie entfernt.

Legueu (Paris): De l'inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

L. hat das Verfahren mit totaler Umstülpung der parietalen Serosa 22mal angewandt (2mal rasche Recidive durch Zurückstülpung der Serosa) und empfahl

dasselbe — mit Fixation der umgestülpten Vaginalis durch einige Nähte am Samenstrange — für die Fälle von Hydrocele mittlerer Größe und mit nicht verdickter Vaginalis.

Lucas-Championnière (Paris): Suppression de l'immobilisation dans le traitement des lésions articulaires après les traumatismes (plaies, fractures, opérations), dans le traitement des maladies aiguës et surtout des maladies chroniques (tumeurs blanches).

L.-C. hatte die rasche Mobilisirung der Gelenke nach Verletzungen und Operationen schon auf dem vorjährigen Chirurgenkongresse empfohlen. Dies Mal bezeichnete er das Aufheben der Immobilisirung auch für die akuten und chronischen Gelenkentzündungen als nothwendig, so fern nicht Schmerzen das Verfahren unmöglich machen, und theilte mit, dass er damit, besonders auch bei tuberkulösen Affektionen unter Anwendung von Jodoforminjektionen etc., dauernde Heilungen mit Beweglichkeit der Gelenke erhalten habe.

Faure (Paris): Sur la ligature temporaire des artères.

F. besprach die temporäre Unterbindung von Arterien, die er mit einem Katgutfaden (1mal locker geknüpft und durch eine Klemme zusammengehalten) ausführt, und empfahl sie theils zum Zwecke unblutigen Operirens, theils um nach der Operation wieder günstige Cirkulationsverhältnisse in der Wunde herzustellen. In 1 Falle von Hüftexartikulation wegen enormen Osteosarkoms, ferner bei einer abdominalen Hysterektomie (temporäre Unterbindung der beiden Artt. iliacae int.) und einer Exstirpation eines Osteosarkoms des Os ilei (temporäre Ligatur der Aorta abdomin.) bewährte sich F. das Verfahren außerordentlich.

Calot (Berck-sur-Mer): De la mobilisation des ankyloses.

C. hält die Mobilisirung von Ankylosen sowohl nach früheren nicht tuberkulösen, als auch nach tuberkulösen Gelenkleiden für nicht gefahrvoll, da die bei ersteren danach eintretende einfache Arthritis unter Ruhigstellung des Gelenkes während der nächsten Tage zurückgehe und die bei früheren tuberkulösen Affektionen entstehenden Abscesse durch seine »modificirenden Injektionen« rasch ausheilten; von weiteren gefährlichen Folgezuständen, wie der akuten Miliartuberkulose etc., erwähnte C. nichts. Andererseits verschwieg er nicht, dass die Mobilisirung bei nicht sehr sorgfältiger Nachbehandlung durch Übungen etc. erfolglos bleiben könne; in der Hälfte der Fälle wäre aber ein günstiges Resultat zu erreichen.

Chipault (Paris): Du traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs.

C. hat durch Dehnung des N. saphenus int. oder externus, N. popliteus bezw. musculo-cutaneus, je nach der Lage des varikösen Beingeschwüres, bei auf andere Weise nicht zur Heilung gelangenden großen Geschwüren sehr günstige Resultate erreicht.

Wir beschließen hiermit den Bericht über die wichtigeren Vorträge auf dem letzten französischen Chirurgenkongresse. Neben den referirten, über die das Original zumeist nur sehr knappe Angaben bringt, finden sich noch eine größere Zahl von anderen, die entweder nichts Neues enthalten, wie z. B. die über Appendicitisbehandlung etc., oder wie u. A. die über die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung etc., so kurz und unvollständig — gegenüber den Berichten in anderen französischen Zeitschriften — in der Revue de chir. wiedergegeben sind, dass eine Erwähnung an dieser Stelle zwecklos gewesen wäre. (Ref.)

Kramer (Glogau).

---

28) **R. Steinthal.** Bericht über die chirurgische Abtheilung der evangelischen Diakonissenanstalt zu Stuttgart im Jahre 1898.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

S.'s Jahresbericht giebt zunächst eine tabellarische Übersicht über die Krankheitsfälle nach Körperregionen, so wie über die ausgeführten Operationen (556 chi-



rurgische Eingriffe, darunter 61 Laparotomien, 21 Kropf-, 22 Brustdrüsenoperationen, 59 gynäkologische Eingriffe etc.), schildert dann eingehend die geübte Desinfektionspraxis an Händen und Operationsfeld (Seife — Alkohol — Sublimat, Handschuhe wieder verlassen), die Katgutsterilisation (nach Hofmeister), so wie die aseptischen Maßnahmen speciell bei Laparotomien. Aus einem weiteren, der Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen gewidmeten Abschnitte sei hervorgehoben, dass S. bei elenden Kranken, die nicht sofort auf normalem Wege ernährt werden können, sich mit Vortheil neben intravenösen Kochsalzinfusionen und Nährklystieren der subkutanen Injektion von jeweils 40 g Olivenöl bedient. Es folgt eine Zusammenstellung der Todesfälle, endlich ein kurzer Auszug der Krankengeschichten unter besonderer Berücksichtigung schwererer Fälle.

Honsell (Tübingen).

29) **Almkvist.** Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

Bei einem an akuter Gonorrhoe der Harnröhre leidenden Pat. trat eine Schwellung am Fuße auf, die an mehreren Stellen in Fluktuation überging; in dem stark mit Blut vermischten Eiter wurden mikroskopisch und kulturell nur typische Gonokokken gefunden. Da trotz der Incision der einzelnen mit einander zusammenhängenden Abscesse der Process fortschritt, musste eine energischere chirurgische Behandlung eingeleitet werden; bei der Operation zeigten sich mehrfache, aber ausschließlich im Unterhautzellgewebe verlaufende Gänge; der Process erstreckte sich nirgends in die Tiefe. Die Haut war von einer eitrig durchtränkten Granulationsmasse unterminirt. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich außer entzündlicher Infiltration und Eiteransammlung vielfach Blutcoagula. Die Heilung ging dann ungestört vor sich. Fieber war nur in geringem Grade vorhanden gewesen.

Subkutane Metastasen bei Gonorrhoe sind bisher nur sehr selten konstatirt worden; um einen phlegmonösen Process, wie in dem vorliegenden Falle, handelte es sich in keinem der sonst beschriebenen Fälle. Es scheint bei diesen Abscessen eine starke Untermischung des Eiters mit Blut die Regel zu sein.

Jadassohn (Bern).

30) **R. Bloch.** Zur Kenntnis der gonorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 3.)

Verf. giebt die interessante Krankengeschichte einer im akuten Stadium einer Gonorrhoe bei einem sonst gesunden Manne aufgetretenen »Coxitis dextra et Gonitis bilateralis« und eines als »Polyneuritis gonorrhoica extremitatis inferioris lateris utriusque« gedeuteten Processes mit längerdauerndem Fieber und einem im Ganzen protrahirten Verlaufe. Die Diagnose, dass es sich wirklich um eine Nervenerkrankung (speciell des Perineuriums) handelt, wird ausführlich und, wie mir scheint, mit Erfolg begründet. Die antirheumatische Therapie war wie gewöhnlich erfolglos. Die Heilung trat langsam ein und wurde schließlich durch Massage, Elektricität und Bäder vollendet.

Periphere Nervenerkrankungen bei Gonorrhoe sind recht selten.

Jadassohn (Bern).

31) **P. Colombini.** Histologische Mittheilung über einen Fall von Osteosclerosis syphilitica des Stirnbeines.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 9.)

Sehr interessanter Fall von hochgradiger, über den ganzen Körper ausgebreiteter ulceröser Spätlues. Pat. ging an syphilitischer Kachexie zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich vor Allem eine kolossale Verdickung an der Innenfläche des Stirnbeines mit mehreren ziemlich regelmäßig geformten Vertiefungen, an deren

Grunde kleine knöcherne Erhabenheiten vorhanden waren. Es handelte sich, wie auch die histologische Untersuchung ergab, um eine sehr starke syphilitische Osteosklerose, der augenscheinlich Gummata vorangegangen waren.

Jadassohn (Bern).

32) **W. F. Weljamowitsch.** Phlegmasia alba dolens syphilitica.

(Wojenno-med. journ. 1898. Oktober. [Russisch.])

Verf. beschreibt einen ziemlich seltenen Fall. Ein 23jähriger Arbeiter mit S. III hat seit 3 Jahren Anschwellung und Schmerzen im linken Unterschenkel, seit einiger Zeit Schmerzen und Schwellung des linken Ellbogens. Beugung des Knies, so wie des Ellbogens ist schwierig. Axillararterien hart, geschlängelt. Verf. diagnosticirte diffuse syphilitische Endoarteriitis der A. cruralis und besonders ihrer Zweige abwärts vom Knie. Die specifische Kur brachte große Besserung: die Sklerose der Axillararterien schwand fast vollständig, der Umfang des Unterschenkels ging auf die Hälfte zurück, das Ödem schwand, die Weichtheile wurden normal und schmerzlos und die Streckung des Knies freier.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

33) **Morel et F. Roche.** Les injections intramusculaires de calomel dans le traitement de la syphilis à l'hôpital de la charité de Marseille.

(Presse méd. 1898. No. 49.)

Die Arbeit enthält einen statistischen Bericht über die Behandlung der Syphilis während der letzten 3 Jahre an 135 Kranken. Es sind im Ganzen etwa 1200 Injektionen von Kalomel gemacht worden. Verff. legen großes Gewicht darauf, dass die Mischungen stets frisch bereitet werden, und peinlichste Sauberkeit bei Vornahme der Injektionen herrscht. Bei Männern wurden die Einspritzungen in die linke Fossa supra- oder infraspinata gemacht, bei Frauen ausnahmslos in die Nates. Es wurden durchschnittlich 8—12 Injektionen mit Pausen von 14 Tagen gemacht; in schweren Fällen wurden dieselben jede Woche vorgenommen, und ihre Anzahl bis auf 20—23 gesteigert. Die Schmerzen sollen im Allgemeinen sehr gering gewesen sein und nicht länger als 10 Stunden gedauert haben. Bei den 1200 Injektionen wurden nur 4mal Abscesse beobachtet, welche leichter, nicht phlegmonöser Natur waren. Nur 1mal wurde Stomatitis konstatirt und 5mal leichte Formen von Gingivitis. 43mal konnte Knotenbildung festgestellt werden; dieselbe trat besonders auf, wenn die Einspritzung nicht tief genug gemacht, und wenn dabei ein kleiner Bluterguss entstanden war.

Verff. ziehen aus ihren günstigen Erfahrungen den Schluss, dass die Injektionen von Kalomel die schonendste Applikation des Quecksilbers sei, welche außerdem am wenigsten den Beruf stört und eine genaue Dosirung der Gaben zulässt.

Tschmarke (Magdeburg).

34) **A. Leśniowski.** Beitrag zur Pathologie der Leistendrüsen.

(Medycyna 1899. No. 21.)

Eine bisher stets gesunde, in den letzten Wochen schwangere Frau erkrankte an einer heftigen Diarrhöe, welche auch noch nach erfolgter Entbindung anhielt. Das Wochenbett verlief normal, dagegen entwickelte sich bei ihr unter hohem Fieber ein Leistenbubo. Die bakteriologische Untersuchung des aus demselben stammenden Eiters ergab eine Reinkultur von Bacterium coli. Verf. hält die Darmerkrankung für die Eingangspforte desselben in die Lymphbahnen.

Trzebicky (Krakau).

35) **T. Hiller.** Über Tuberkulose der Bauchdeckenmuskulatur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.)

Verf. berichtet über einen Fall von primärer, d. h. selbständiger Muskeltuberkulose, welche sich bei einem 23jährigen Mädchen im Rectus abdom. entwickelt und nach ihren klinischen Erscheinungen zur Vermuthungsdiagnose Cholecystitis

geführt hatte. Bei der Operation fand sich ein eigroßer, in der Bauchdeckenmuskulatur liegender Abscess, dessen Wände Tuberkelknötchen enthielten. Auskratzung, Tamponade. — Des weiteren werden 6 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, deren Zugehörigkeit zur primären Muskeltuberkulose allerdings — wie Verf. zugiebt — theilweise etwas unsicher erscheint. **Honsell** (Tübingen).

36) **A. Krogius.** Om appendiciternas bakteriologi.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 1198.)

Über die Bakterienflora der Epityphlitiden sind in den letzteren Jahren mehrere vorzügliche Arbeiten erschienen, so von Barbacci, Tavel und Lanz, Ekehorn, Schnitzler, Hodenpyl, Ezra Wilson, Achard und Broca. Trotzdem sind unsere Kenntnisse in der betreffenden Frage noch in vielen Punkten unvollständig. Das in den Kulturen überreiche Vorkommen von Bacterium coli commune im Vergleiche mit dem Befunde von verschiedenen anderen Formen im direkt untersuchten Eiter hat einige Forscher veranlasst, die Bedeutung des Bacterium coli commune zu hoch zu schätzen, während andere ins entgegengesetzte Extrem übergehen und dasselbe Bakterium als einen banalen Saprophyten betrachten.

Verf. hat 28 Fälle von Epityphlitis bakteriologisch untersucht. Von diesen sind 11 diffuse Peritonitiden epityphlitischen Ursprunges, 15 intraperitoneale Abscesse in Folge Perforation des Wurmfortsatzes und je 1 Fall von Hydrops und Empyem des Appendix. In den beiden letzten Fällen war der Inhalt steril; in den 26 anderen fand sich stets eitriges Exsudat und eine größere oder geringere Menge von Bakterien.

Unter diesen kamen in den direkt untersuchten Präparaten vorzugsweise 3 Formen vor, nämlich:

1) Ein Bacillus mit abgerundeten Enden, oft von einer ungefärbten Kapsel umgeben und Vakuolen enthaltend; diesen Bacillus, der nach Gram's Methode sich entfärbte, fand Verf. in 23 der 26 Fälle.

2) Kleine, manchmal größere, ovale oder lanzettförmige, bisweilen in kürzere oder längere Ketten geordnete Diplokokken, häufig von einer deutlichen Kapsel umgeben, und nach Gram's Methode färbbar. In nicht weniger als 25 Fällen nachgewiesen.

3) Schmale, etwas gebogene Bacillen, die zuweilen auch in Form wellenförmiger, längerer Drähte auftraten. Sie fand Verf. in 16 Fällen; auch sie ließen sich nach Gram färben.

Diese Formen ausgenommen sind die übrigen Befunde ohne jeden Belang.

Die Kulturen haben folgende Resultate gegeben: 3mal sind Reinkulturen vorgekommen: je 1mal von Streptococcus pyogenes, Diplococcus pneumoniae und Diplococcus intestinalis (Tavel und Lanz). In 6 Fällen fand Verf. nur Kulturen von Bact. coli comm., obschon er bei der direkten Untersuchung andere Mikroorganismen gefunden hatte. In den übrigen 17 Fällen fand er außer Bact. coli comm. folgende: 13mal Pneumococcus, 2mal Diplococcus intestinalis, je 1mal Diplococcus liquefaciens und Proteus vulgaris und 2mal Bacillus pyocyaneus.

Diese Bakterien sind, Diplococcus intestinalis und Diplococcus liquefaciens ausgenommen, für Thiere pathogen. Zuweilen hat Verf. nach intraabdominellen Injektionen von Kulturen des Bact. coli comm. echte Epityphlitiden konstatirt.

Die Untersuchungen Verf. über anaërobe Bakterien, die Veillon und Züber reichlich bei Epityphlitiden gefunden haben, sind noch nicht abgeschlossen.

Das zu untersuchende Exsudat ist immer bei der Operation gewonnen worden; somit sind die Fehlerquellen der Leichenuntersuchungen ausgeschlossen. Von dem Eiter sind unmittelbar Deckglaspräparate angefertigt worden, die mit Löffler's Lösung, mit Karbolfuchsin und nach Gram's Methode gefärbt worden sind. Zugleich sind Zerstreuungskulturen in Gelatine, in Ascitesagar und meistens auch in gewöhnlichem Agar angelegt worden. Genaueres darüber im Originale.

Über die praktisch-chirurgische Bedeutung des Vorkommens der verschiedenen Bakterienformen spricht sich Verf. nicht aus. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

37) **E. Sandelin.** Ett fall a appendicitis perforativa i en inguinal bråcksäck.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 1113.)

Ein 57jähriger Mann, der seit Kindheit einen immer leicht reponirbaren Leistenbruch hatte, hatte während der letzten 10 Jahre wiederholt Anfälle von Magenschmerzen, die als Epityphlitis gedeutet wurden. Nach einem solchen Anfalle, 4 Tage vor seiner Aufnahme in die Klinik zu Helsingfors, trat der Bruch vor und konnte nicht mehr reponirt werden. Er maß 40 × 20 cm und war sehr schmerzhaft. Eben so Druckempfindlichkeit über dem untersten Theile des Bauches. Obstipation 4 Tage. Bei der sofort vorgenommenen Operation fand man den Bruchsack mit jauchigem Inhalte ausgefüllt, daneben den Wurmfortsatz an der Basis perforirt, den Blinddarm, einen kleinen Theil vom Colon ascendens und etwa 50 cm Ileum. Die Gedärme waren stark aufgetrieben und geröthet, mit einander verlöthet und mit eitrigen Membranen bedeckt; die Incarceration war unerheblich. Sogleich wurde oberhalb Lig. Pouparti laparotomirt. Da man dabei konstatirte, dass die Peritonitis sich nach oben ausgebreitet hatte, unterließ man die beabsichtigte Darmresektion. Die Wunden wurden mit Durchschneidung der zwischenliegenden Brücke vereinigt, der Wurmfortsatz exstirpirt, die Gedärme nach Abspülung vorsichtig in Gazetampons eingewickelt und das Ganze in die allseitig austamponirte Bauchhöhle reponirt. Unter Vermeidung allzu großer Spannung wurden die Wundränder ein wenig einander genähert und ein reichlich absorbirender Verband angelegt. — Pat. konnte 7 Wochen nach der Operation geheilt entlassen werden.

Verf. lenkt in der Epikrise die Aufmerksamkeit auf einige Einzelheiten hin, die als diagnostische Merkmale bei der noch immer umstrittenen Frage, ob es möglich sei, vor der Operation die Epityphlitis von der Incarceration zu unterscheiden, verwerthet werden können. Es sind folgende:

1) Vorangegangene Anfälle von Epityphlitis und ein ähnlicher Anfall im Anfange der Krankheit; Vorfall des Bruches nach dem Anfalle.

2) Irreponibilität des Bruches ohne sofortige Verschluss-Symptome, während der Allgemeinzustand inzwischen sich verschlechtert.

3) Sehr starke Entzündungssymptome in loco.

Die klinische Diagnose kann eine praktische Bedeutung bekommen, wenn es sich fragt, ob Repositionsversuche zu machen seien, die sehr verhängnisvoll werden müssten.

Unter den Operationsmethoden können nur folgende in Frage kommen:

1) Vergrößerung der Bruchpforte ohne jeden Repositionsversuch, 2) Resektion des ganzen verlagerten Darmtheiles, 3) Reduktion des Ganzen in die Bauchhöhle.

Verf. verwirft die 1. Methode, vor Allem, wenn es sich um große Stücke des Darmes handelt. Ist die Bauchhöhle nicht inficirt, so ist die Resektion vorzuziehen, besteht schon Peritonitis, das von ihm ausgeführte Verfahren.

(Dass in ähnlichen, fast verzweifelten Fällen dieses Verfahren das einzig richtige sei, kann Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen. Vor einigen Jahren operirte ich eine ältere Frau, die klinisch eine incarcerirte Cruralhernie darbot. Beim Bruchschnitte fand ich einen brandigen Wurmfortsatz im Sacke. Bei der Resektion des Fortsatzes zeigten sich mehrere Oxyuriden, die als Ursache der Epityphlitis angesehen wurden, in der fast verlegten Lichtung. Der incarcerirte Blinddarm konnte nicht ohne bedeutende Erweiterung der Bruchpforte reponirt werden. Dabei ließ sich die auf die anliegenden Därme schon verbreitete Bauchfellentzündung mit aller Deutlichkeit erkennen. Durch methodische Tamponirung der fast offengelassenen Bauchwunde wurde die Pat. geheilt, doch nach erheblich längerer Zeit als in S.'s Falle. Ref.) **A. Hansson** (Cimbrishamn).

38) **E. W. Andrews.** Major and minor technique of Bassini's operation as performed by himeself.

(New York med. record 1899. Oktober 28.)

Mehrere Besuche in Padua und Aufenthalt in der Klinik Bassini's gaben Veranlassung, dass A. zwar feuilletonistisch, aber auch fachlich sehr interessant seine Eindrücke aus dem »Spedale civile« beschreibt.

Operirt wird pünktlich um 6 Uhr früh, um 5 Uhr vorbereitet. Hände- und Hautreinigung ist im Wesentlichen eine ausgedehnte mechanische (für die Hände 30 Minuten), die nachfolgende Verwendung von sehr starker Sublimatlösung 3:1000, in reichlichem Maße aber auffällig. Auch der 1. Verband besteht aus feuchten Sublimatkompressen mit Salicylwatte.

Die Resultate sind vortrefflich; ist nach 8 Tagen die Naht entfernt, wird Pat. nach Hause geschickt mit einem leichten neuen Verbande, den er sich selber nach einigen Tagen abnehmen soll. Besondere Verhaltungsmaßregeln oder Bruchbänder giebt es nicht. Trotzdem ungefähr nur 5% Recidive in späteren Jahren.

Loewenhardt (Breslau).

39) **Einhorn.** Ein Pulverbläser für den Magen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 39.)

Um auch schwer lösliche oder gar unlösliche Substanzen der Lokalbehandlung des Magens zugänglich zu machen, hat E. neben seinem Magensprayapparate einen Magenpulverbläser konstruirt. Dieser besteht aus einem gewöhnlichen, nicht zu biegsamen, 72 cm langen Gummischlauche, dessen äußeres Ende vermittels eines Hartgummiansatzes mit einem mit Ventil versehenen Ballon verbunden ist, und dessen inneres Ende in ein Hartgummistück und eine darauf geschraubte Kapsel ausläuft.

Die Bestäubung muss natürlich im leeren Zustande des Magens vorgenommen werden und geschieht am besten im nüchternen Zustande des Pat. oder, wenn der Magen nicht leer ist, nach vorausgegangener Magenausspülung.

Die Methode ist im Originale nachzusehen. Die Indikationen für die Magenbestäubung sind mannigfache; so kann man bei Geschwür direkte Bestäubung mit Antipyrin, bei Gastralgien Einstäubung des Orthoforms, bei Erosionen des Protargols etc. vornehmen.

Auch diagnostisch lässt sich die Magenbestäubung mit Wismuthpulver bei Röntgenuntersuchungen des Organes vortheilhaft verwerthen. Stäubt man Wismuth mittels des Bläsers in den Magen und fluoroskopirt die Magengegend während der Röntgendurchstrahlung, so sieht man die ganze Magenfigur im Schatten, ein Beweis, dass der Wismuth das ganze Mageninnere bedecken muss, was übrigens E. auch auf dem Wege anderer Experimente konstatirt hat. **Gold** (Bielitz).

40) **Schopf.** Ein Trichobezoar im Magen. Gastrotomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 46.)

Den 7 bislang durch Gastrotomie entfernten Bezoaren fügt Verf. einen neuen Fall hinzu, der ein 12jähriges Mädchen betraf. Die Diagnose, die auf Milzgeschwulst gestellt war, wurde bei der Operation richtig gestellt.

Die Länge der Geschwulst, die aus den rothblonden Haaren der Pat. und schwarzen Hundehaaren bestand, betrug an der kleinen Curvatur 18 cm, an der großen 35 cm, der größte Umfang am Fundus 26 cm, das Gewicht im getrockneten Zustande 160 g. Vom Pylorusabschnitte der Geschwulst setzte sich noch ein 40 cm langer, Anfangs 1 cm dicker, dann immer dünner werdender, in das Duodenum ragender Fortsatz fort.

Die Beschwerden der Pat. waren gering, zeitweilig trat Herzklopfen und Magendrücken auf. Nur bei süßen Speisen (in Folge der gern genossenen größeren Mengen?) trat Brechreiz und wirkliches Erbrechen ein. Es erfolgte vollkommene Heilung.

Eine Tabelle der in der Litteratur bekannten 16 Fälle von Trichobezoaren ist beigefügt. Bezüglich der Diagnose bemerkt Verf., dass mit Ausnahme des Stelzner'schen Falles in keinem vor der Operation die richtige Diagnose gestellt wurde.

Hübener (Dresden).

41) Seggel. Über die Mitbetheiligung der vorderen Bauchwand beim Magencarcinom. (Aus der chir. Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 49 u. 50.)

S. theilt 2 Fälle von Magenkrebs mit, bei denen Magensymptome bei den Kranken fehlten, und die Diagnose durch das Bestehen einer Bauchwandgeschwulst unmöglich ward. Bei der einen Pat. hatte das Carcinom direkt auf die Bauchwand übergegriffen; bei der anderen bestand die Bauchwandgeschwulst, obwohl sie unmittelbar mit dem Magenkrebs zusammenhing, nur aus einem entzündlichen Infiltrate, ohne die geringste Spur von Metastasen und ohne ein Anzeichen von eitriger Einschmelzung oder Nekrotisirung dieses Infiltrates. In einem 3. Falle war ca. $1^1/_4$ Jahr vorher wegen Magenkrebs die Gastroenterostomie ausgeführt worden; das Carcinom hatte dann später die Bauchwand ergriffen. Der 1. Pat. starb kurze Zeit nach versuchter Operation, der 3. ist einer solchen nicht unterworfen worden; der 2. dagen hat den operativen Eingriff, bei welchem das Infiltrat in der vorderen Bauchwand mit dem Magenkrebs exstirpirt, die Magenwunde horizontal vernäht und wegen dadurch bedingter Stenose des Magens eine Gastroenterostomia retrocolica angeschlossen worden war, überstanden, indess eine kleine Fistel in der Bauchwand zurückbehalten und später Lebermetastasen bekommen. Nach dem Befunde wäre ohne Operation wahrscheinlich bald von der jauchenden Innenfläche des Carcinoms eine Infektion des Infiltrates in der vorderen Bauchwand mit sekundärer Abscedirung und folgendem Durchbruche nach innen und außen eingetreten, ein Ereignis, wie es in der Münchener Klinik auch bei einem Falle von Darmkrebs beobachtet worden war. **Kramer** (Glogau).

42) H. Kehr (Halberstadt). Drei Gastroenterostomien, eine Darmresektion und zwei Enteroenterostomien an einer Kranken mit Ausgang in Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

Bei der 20jährigen Pat. hatte die 1. Gastroenterostomie, welche wegen eines alten Geschwüres an der hinteren Magenwand nach v. Hacker's Methode ausgeführt worden war, nicht zum Ziele geführt (Spornbildung), indem die Kranke mit der Nahrung viel Galle erbrach. Auch die Braun'sche Enteroenterostomie besserte diese Beschwerden nicht, wesshalb sich Pat. an eine andere auswärtige Klinik wandte, wo die Wölfler'sche Gastroenterostomia antecolica anterior gemacht wurde. Aber auch das dadurch erreichte Resultat war nur im Anfange günstig; dann trat wieder anhaltendes Erbrechen ein, und so wurde, da sich die motorischen und chemischen Funktionen des Magens als schlecht erwiesen, von K. eine neue Laparotomie vorgenommen, bei welcher ein wahres Chaos von Verwachsungen im Bauche gefunden und schließlich bei breiter Eröffnung des Magens entdeckt wurde, dass die vordere Gastroenterostomose vollständig geschwunden war, während die hintere sich noch für den kleinen Finger durchgängig erwies. Da die abgelöste Wölfler'sche Darmschlinge überall der Serosa beraubt war, wurde sie resecirt (20 cm), ihr abführender Schenkel nahe der großen Curvatur in den untersten Theil der Magenwunde eingenäht und der zuführende 20 cm unterhalb der neuen Anastomose in den ersteren eingefügt (Wölfler-Roux). Die Pat. hat den schweren Eingriff glücklich überstanden und befindet sich bis jetzt — $3^1/_2$ Wochen nach der Operation — ausgezeichnet.

Die Geschichte des vorstehend kurz berichteten Falles ist mit den von K. gemachten epikritischen Bemerkungen so interessant und lehrreich, dass die Abhandlung besonderes Studium verdient. **Kramer** (Glogau).

43) Gandy et Butnoir. Perforation diastatique du côlon ascendant.

(Bull. et mém. de la soc. anat. 1899. No. 6.)

Mittheilung eines Falles von Perforation des Darmes bei einer 78jährigen Frau nach lang bestehender Verstopfung. Die Autopsie zeigte keinen Grund für letztere, eben so wenig wie Geschwürsbildung im Darme. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Muskelfasern weit aus einander gewichen, die Schleimhaut in mehreren

kleinen Öffnungen perforirt, die Serosa ohne wesentliche Zeichen der Reaktion. Die Perforation ist eingetreten als Folge einer einfachen Verstopfung in Folge Atonie des Darmes. Die Öffnung saß an der Vorderfläche des Anfanges des Colon ascendens. **Borchard** (Posen).

44) **Lewerenz.** Kasuistischer Beitrag zur Invaginatio ileo-colica.
(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 5.)

Bei einem 12jährigen Jungen war die Invagination durch polypöse Exkrescenzen, welche durch Wucherung des submukösen Bindegewebes entstanden waren, bedingt. Die Desinvagination war 40 Stunden nach Beginn der Erkrankung, da das invaginirte Darmstück in Folge der Stauung stark ödematös geschwollen war, schwierig. Sie gelang erst, nachdem durch die zwischen Intussuscipiens und Intussusceptum eingeführten Zeigefinger die anscheinend auch ödematös geschwollene Klappe gedehnt war. Heilung. **Borchard** (Posen).

45) **Krecke** (München). Adenocarcinom des Coecums, Invagination, Resektion. Heilung.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 2.)

Die 63jährige Pat. hatte seit ca. 1 Jahre an hartnäckiger Verstopfung, abwechselnd mit blutigen und schleimigen Entleerungen, heftigen, mit vermehrter Peristaltik einhergehenden Koliken und ileusartigen Anfällen gelitten. Eine lange wurstförmige Resistenz war zeitweise fühlbar, verschwand dann wieder, um bald von Neuem aufzutreten; schließlich ließ sich eine sehr bewegliche Geschwulst fühlen. Pat. magerte stark ab und verfiel in ihren Kräften. Der charakteristische Symptomenkomplex führte zur Diagnose einer mit Darmstenose einhergehenden Geschwulst des Dickdarmes. Bei der Operation fand sich eine Invagination eines 15 cm langen ileocoecalen Darmabschnittes in das Colon ascendens und die Geschwulst an der hinteren und inneren Wand des Blinddarmes. Da sich die Invagination nicht beseitigen ließ, machte K. die Resektion mit nachfolgender Vereinigung der beiden Darmenden. Keine Drainage. Verlauf nur kurze Zeit durch ein an der Stelle der Resektion aufgetretenes Exsudat etwas beeinträchtigt. Heilung. Kein Recidiv 1 Jahr später. **Kramer** (Glogau).

46) **Droba.** Der Zusammenhang zwischen Typhusinfektion und Cholelithiasis auf Grund eines in der Klinik (Krakau) operirten Falles.
(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 46.)

53 Jahre alte Pat. machte vor 17 Jahren Typhus durch. Seit 7 Jahren Gallensteinkoliken. Der durch Cholecystektomie gewonnene Gallenblaseninhalt, von serös-trüber Beschaffenheit, enthielt eben so wie der Kern eines der 3 Steine Typhusbacillen, deren Echtheit auf serodiagnostischem Wege Bestätigung fand. Von hervorragendem Interesse ist die lange Dauer der Anwesenheit von Typhusbacillen in der Gallenblase, eine Beobachtung, die allerdings nicht ganz vereinzelt mehr in der Litteratur dasteht. **Hübener** (Dresden).

47) **W. J. Rasumowski.** Apoplexia pancreatis.
(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 5.)

Bisher hielt man alle Fälle von Pankreasapoplexie für absolut tödlich. R. bringt nun einen Fall, der das Gegentheil beweist. Bei einem 29jährigen Arzte der öfters an Magenschmerzen litt, treten am 20. Oktober plötzlich wieder starke Schmerzen auf; dann entwickelt sich das Bild des Collapses, und unter dem Magen entsteht zusehends eine Geschwulst. Nach 3 Tagen bessert sich Pat. und wird nach 3 Wochen zur Klinik gebracht. Man diagnosticirt ein abgesacktes Exsudat in Folge Ruptur eines Magengeschwürs. Bauchschnitt erst rechts vom Rectus, dann in der Mittellinie. Der rechte Leberlappen verdeckt das Operationsfeld und wird daher mit dem Paquelin durchtrennt, da durch ihn deutliche Fluktuation zu fühlen ist. Aus der großen Höhle entleeren sich Blut, Gerinnsel und Pankreasfetzen. Tamponade nach Ausspülen mit heißem Wasser. 3 Wochen lang entleeren sich Blut und Fetzen, nach 5 Monaten schloss sich die Fistel. Heilung.



Nach Durchforschen der Litteratur fand nun R. eine ganze Reihe von Fällen von sogenannten hämorrhagischen Cysten, die mit seinem Falle große Ähnlichkeit haben: plötzlicher Beginn, Collaps, rasches Erscheinen einer Geschwulst mit blutigem Inhalte. Er zählt 15 solche Fälle auf und schließt daraus, dass die Pankreasapoplexie, wie auch traumatische Blutung heilen kann, nicht gar so selten ist und daher chirurgische Bedeutung hat. Behandlung: erst abwartend, dann — nach Erholung vom Collaps — Öffnung der Cyste.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

48) **W. J. Rasumowski.** Zur Kasuistik der Mesenterialtumoren.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 5.)

52jähriger Pat. bemerkte die Geschwulst vor $1^1/_3$ Jahren. Dieselbe, mannskopfgroß, höckrig, saß im Dünndarmmesenterium und wurde mit 48 cm Dünndarm entfernt. Murphyknopf, Heilung. — Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Myxoma cellulare. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

49) **A. Krogius.** Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Dermoidcysten des Beckenbindegewebes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 1.)

K. fand bei einer 26jährigen Bauerntochter, bei der er ein von den Genitalien ausgedehntes Dermoid diagnosticirt hatte, ein Dermoid des Beckenbindegewebes. Da er durch Laparotomie die Geschwulst nicht entfernen konnte, suchte er durch parasakralen Schnitt auf dieselbe zu gelangen. Es blieben Reste der Balgwand stehen, welche mit starken Kalkablagerungen versehen waren. Allmählich trat Heilung ein. Im Ganzen kann Verf. nichts Neues zu der erst jüngst referirten ausführlichen Arbeit von de Quervain hinzufügen, sondern nur dessen Ansichten bestätigen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

50) **A. van de Velde.** Psoïte aigue suppurée à la suite de scarlatine.

(Ann. de la Soc. med. chir. d'Anvers 1899. Februar.)

Bei einem Jungen von 6 Jahren mit Scharlach stellten sich im Verlaufe der 2. Woche die Symptome eines Psoasabscesses rechterseits ein. Er wurde durch eine große Incision oberhalb des Lig. Pouparti freigelegt, geöffnet und drainirt. Inhalt $^1/_2$ Liter nicht riechenden Eiters. Prompte Heilung. Es handelte sich um einen Muskelabscess. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

51) **J. L. Reverdin.** Arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure par contraction musculaire.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 12.)

Ein 19 Jahre alter, sehr muskulöser Mann gleitet auf einer leicht abschüssigen Wiese in dem Momente, wo er das rechte Bein nach vorn setzen will, mit dem linken Fuße aus; bei dem Versuche, sich mit Gewalt zu erhalten, verspürt er sofort einen heftigen Schmerz in der linken Hüfte im Bereiche des oberen Darmbeinstachels. Stehen und Gehen nicht mehr möglich.

Die Palpation längs der Crista iliaca zeigt nahe ihrer vorderen Partie eine 3—4 mm breite Furche, über welcher ein kleines, bewegliches Bruchstück, die abgerissene Spina, deutlich gefühlt wird.

Durch einen 4 Tage nach der Verletzung angelegten Gipsverband wird dieses in guter Stellung erhalten. Volle Herstellung.

Ein später aufgenommenes Skiagramm zeigt eine Dislokation des Fragmentes etwas nach innen und unten. **Kronacher** (München).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 31. März.** **1900.**

1) **J. Wolff.** Die Lehre von der funktionellen Knochengestalt.

(Virchow's Archiv Bd. CLV.)

In der vorliegenden Arbeit entwickelt W. die Lehre von der funktionellen Knochengestalt in vollständigerer Weise als bisher. Schon im Jahre 1870 hatte er gezeigt, dass zwischen dem anatomischen Verhalten der Knochen und ihrer Funktion feste Wechselbeziehungen bestehen, so dass von der äußeren Form eines Knochens ein Rückschluss darauf möglich sei, in welcher Weise die Festigkeit des Knochens beansprucht wurde, und ferner, welche Architektur in der spongiösen Substanz zu finden sein müsse. Später gelang es ihm, namentlich durch das Studium deform geheilter Diaphysenbrüche, nachzuweisen, dass bei allen Gewebsregenerationen das Streben der Natur dahin geht, die Funktion wieder herzustellen, und dass ausschließlich diese die Form bildet. Alle Stoffzunahme, aller Schwund des Knochens ist lediglich von den statischen Verhältnissen abhängig und entwickelt sich durch den trophischen Reiz der Funktion. Hier-

mit war das Gesetz von der Transformation der Knochen als ein Theil der allgemeinen Lehre der funktionellen Anpassung gegeben. Der Nachweis dieses Grundgesetzes wurde auf mathematischem und anatomischem Wege geliefert. Es ließ sich mit Sicherheit erweisen, dass der Verlauf der Spongiosabälkchen den Zug- und Druckstreben, wie sie für eine gegebene Krahnform mit gegebener Örtlichkeit und Belastung berechnet werden, entspricht, und dass die äußere Form des Knochens nur hierdurch bestimmt wird, da sie selbst als letzte Kurve des Systems, gewissermaßen als Verbindungslinie der Endpunkte aller übrigen Kurven, aufzufassen ist. Anatomisch konnte die Lehre ihre strikte Begründung finden in der Thatsache sekundärer Umformung der Architektur bei primärer Formänderung der Knochen und ferner durch die nachgewiesene Gestaltstransformation bei veränderter Funktion. W. ist somit berechtigt, von der funktionellen Gestalt der Knochen zu sprechen und zu behaupten, dass auf dieser Anschauung das eigentliche Wesen der chirurgischen Deformitäten beruhe, indem eine Deformität nichts anderes darstellt, als den Ausdruck der funktionellen Anpassung an eine abnorme statische Beanspruchung.

Hiermit unvereinbar ist die alte Lehre von der Drucktheorie, welche ganz im Gegensatze da, wo Druck — also ein trophischer Reiz — einwirkt, einen Schwund des Knochengewebes entstehen sieht. Das Irrige dieser Anschauung weist W. Punkt für Punkt nach und zeigt an markanten Beispielen, wie die Natur überall bestrebt ist, die Knochen so zu gestalten, dass sie mit dem geringsten Materialaufwande die größtmögliche Kraftleistung zu entfalten im Stande sind.

Eine nicht nur sehr interessante, sondern auch außerordentlich werthvolle Bereicherung der Argumentation W.'s hat die Durchleuchtung der Knochen mit Röntgenstrahlen geliefert. Es gelang einerseits am lebenden Menschen die völlige Harmonie der äußeren Knochenform mit der Architektur der Spongiosa handgreiflich zu demonstriren, ganz analog wie wir es früher an den Fournier-Schnitten gesehen hatten, und ferner verdanken wir einer in gewissen Zwischenräumen wiederholten Bestrahlung kranker Knochen die Möglichkeit, die Umbildung der Architektur, welche wir durch therapeutische Eingriffe erzielen, Schritt für Schritt verfolgen zu können. In unanfechtbarer Weise konnte W. zeigen, wie bei den Deformitäten (Genu valgum etc.) nicht nur die Gelenkfläche oder einzelne Theile betroffen werden, sondern wie die Knochen in ihrer ganzen Länge eine Umformung erfahren im Sinne seines Transformationsgesetzes. Auch der große Werth des von W. geübten Etappenverbandes ließ sich leicht nachweisen, indem man verfolgen konnte, wie die Strukturumbildung der Knochen unter dieser Behandlungsmethode bis zur Erreichung des Normalen fortschritt. Sehr instruktive Abbildungen sind der W.'schen Arbeit zur besseren Erläuterung beigefügt.

»Nach allen bisherigen Erfahrungen, fährt W. fort, gelangen wir zu dem Schlusse, dass die Knochengestalt sowohl unter normalen wie unter abnormen Verhältnissen gewissermaßen als das mathema-

tische Gesammtbild aller Beanspruchungen aufzufassen ist, welche bei den verschiedenen Muskelwirkungen und bei den verschiedenen für das betreffende Körperglied erträglichen Belastungen möglich ist.« Die äußere Form des Knochens ist in seine verschiedenen Beanspruchungen gleichsam hineingerechnet.

In einem Schlusskapitel bespricht W. die verschiedenen neueren Bearbeitungen der Lehre von der funktionellen Knochengestalt. Eine große Reihe derselben, namentlich diejenigen von Roux, Payr, Hoffa, Lauenstein, Ribbert, Hirsch, Benecke und Anderen, haben nicht nur eine glänzende Bestätigung, sondern auch reichlich neues Beweismaterial für die Allgemeingültigkeit des Gesetzes erbracht. So erwies Heubach den Hallux valgus als »statische Deformität«, Kern gewann an Pirogoff'schen Stümpfen der Kraske'schen Klinik neue Stützen für das Transformationsgesetz etc. Experimentell bewies Ribbert durch geistvolle Versuche die W.'sche Lehre, indem er am abnorm gekrümmten Kaninchenschwanze die Gestaltveränderung zeigte, welche die Knochen bei geänderter Inanspruchnahme erfahren.

Die Versuche von Korteweg, Lorenz und Ghillini, das Transformationsgesetz zu widerlegen, sind bereits früher von W. zurückgewiesen und an dieser Stelle besprochen. Größere Bedeutung verdient noch die Thatsache, dass die Gestalt und innere Architektur der Knochen Bildungen aufweist, welche wirkliche Abweichungen vom allgemeinen Gesetze darstellen. W. selbzt hatte bereits auf Bälkchen, die sich nicht rechtwinklig kreuzen, hingewiesen und führt aus, dass Störungen der Oktogonalität der Bälkchenrichtungen nichts Auffallendes seien, wenn die Knochenform wirklich in alle bei den verschiedenen Muskelwirkungen möglichen Beanspruchungen hineingerechnet sein soll. Auch die Anordnung der jüngsten Spongiosabälkchen terminaler Wachsthumszonen in mehreren parallelen Querwänden oder Verdickungszonen bilden keinen Gegenbeweis gegen das allgemeine Gesetz, da es sich einmal um transitorische Bildungen handelt und dann ferner um die langsame Umänderung der Knochenstruktur zur statischen Struktur — also um Inaktivitätsatrophie — weniger um Aktivitätshypertrophie. Auch die Strukturumänderungen, die durch fortgesetzte Zerstörung und Erneuerung der Knochensubstanz entstehen, wirken hierbei mit.

Treffend bemerkt Roux, dass es für das Transformationsgesetz als Ganzes völlig bedeutungslos sei, ob diese oder jene kleine Abweichung bestehe; es würde hiermit an der Allgemeinheit nichts geändert, eben so wenig wie die am Rande eines Wasserfalles in die Höhe spritzenden Tropfen das Gravitationsgesetz widerlegen. Die Gesammtmasse der Knochen folgt in ihrem Aufbau, das kann wohl als sicher bewiesen angesehen werden, dem Gesetze der funktionellen Anpassung, bildet und ändert seine Struktur nach den statischen Principien des Transformationsgesetzes.

Die Hypothese Bähr's, dass der Oberschenkelknochen gar keinen Krahn, wie W. bei seinen grundlegenden Untersuchungen annahm,

darstelle, so wie seine weiteren Darlegungen, sind durch Roux widerlegt.

Koenig (Wiesbaden).

2) O. Wolff. Über traumatische Epiphysenlösungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 273.)

W. berichtet über das reichhaltige einschlägige Material des Kölner Bürgerhospitales aus der 2½jährigen Zeit von April 1897 an. Die Anwendung der Röntgenstrahlen hat währenddem, wie überhaupt für die feinere Diagnostik der Knochenverletzungen, besonders für diejenige der Epiphysenlösungen viele neue interessante Aufschlüsse gegeben, die in der Arbeit durch Beigabe zahlreicher instruktiver Skiagramme belegt werden, während in therapeutischer Beziehung die Berichterstattung über die auch bei den Epiphysentrennungen von Bardenheuer fast durchgehends angewendete Extensionsverbandbehandlung von Werth ist.

W. berücksichtigt nur die unkomplicirten Verletzungen der Extremitätenröhrenknochen. Die Häufigkeit der Epiphysenlösungen ist schon durch das Alter, bis zu welchem überall noch unverknöcherte Epiphysenlinien vorhanden sind, also bis zum 18. Jahre, eine beschränkte. Während der Berichtszeit wurden in Summa 34 Epiphysenlösungen gezählt, gegenüber insgesammt 525 Brüchen, von welchen letzteren 121 noch auf Pat. bis zu 18 Lebensjahren entfallen, woraus zu entnehmen, dass in der Wachsthumsperiode das Häufigkeitsverhältnis an Epiphysiolysis zu Diaphysenfraktur gleich 1:4 ist. Die Verletzung betraf:

die	obere Humerusepiphyse	5mal
»	untere »	7 »
»	Epikondylen	6 »
»	untere Radiusepiphyse	5 »
»	untere Radius- und Ulnaepiphyse	1 »
»	Schenkelhalsepiphyse	2 »
»	untere Femurepiphyse	1 »
»	untere Tibiaepiphyse	7 »

Am häufigsten ist also der Ellbogen verletzt.

Im Allgemeinen fand sich, dass der Verletzung meist direkte Gewalt zu Grunde liegt. Die Dislokation der Fragmente kann sehr verschiedene Grade zeigen. Häufig besteht Blutung im Nachbargelenk. Das Krepitationsgeräusch pflegt weniger derb als beim Bruch zu sein, auch der Druckschmerz ist geringer als beim letzteren. Das Röntgenbild ist häufig wegen noch geringer Knochenkerngröße in den betreffenden abgelösten Epiphysen kein sehr klares, wenigstens kein leicht zu deutendes. Therapeutisch ist wie bei Frakturen natürlich die richtige Reposition der Fragmente und ihre dauernde Festhaltung in guter Stellung anzustreben, zwei Forderungen, die häufig schwer, selbst unmöglich sein kann zu erfüllen, so dass für die Reposition nicht selten eine Narkotisirung zu Hilfe genommen werden muss.

Betreffs der klinischen Details der einzelnen Epiphysiolysisarten muss auf das Original verwiesen werden, zumal hier die Kenntnisnahme der Skiagramme das Hauptinteresse in Anspruch nimmt. Es sei nur kurz bemerkt, dass die Befunde am Ellbogengelenke mit seinen zahlreichen kleinen, oft sich stark dislocirenden Epiphysen besonders komplicirt erscheinen, womit die Thatsache gut zusammenstimmt, dass auch nach anscheinend gut gelungenen Heilungen von Ellbogenverletzungen später deforme Wachsthumserscheinungen (Cubitus varus bezw. valgus) zur Beobachtung gelangen. Durch besonders starke Dislokation (Umdrehung nach vorn) zeichnet sich eine Lösung der unteren Femurdiaphyse aus. Reposition und Heilung in guter Stellung sind aber gelungen. Ziemlich einfach und kaum Dislokationen zeigend sind die Bilder der Verletzungen am unteren Vorderarm- und Unterschenkelende. Die Epiphysenlösungen am Humeruskopfe zeigten auch Dislokationen, die aber am Röntgenbilde wenig hervortreten. Von den Epiphysenlösungen am oberen Femurende konnten keine Skiagramme gewonnen werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **R. H. Sayre.** The differential diagnosis between chronic joint disease and traumatic neuroses.

(New York med. record 1899. December 9.)

Die namentlich für die Unfallheilkunde wichtige Beurtheilung der traumatischen Neurosen wird von S. bezüglich der Differentialdiagnose zur chronischen Gelenkerkrankung erörtert. Er kommt zu dem Schlusse, dass eine Neurose früher als eine Gelenkerkrankung auf die Verletzung folgt, und dass die allgemeine Temperatur bei Gelenkerkrankungen höher, bei Neurosen tiefer ist als normal; Atrophie geht schneller nach Verletzung eines Nerven vor sich; wahrer Muskelspasmus ist nur bei Gelenkerkrankung vorhanden; auch das nächtliche Aufschreien ist für letztere charakteristisch. Das allgemeine Aussehen eines Pat. muss bezüglich eines nicht normal reagirenden Nervensystems mit verwerthet werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

4) **F. Pinkus.** Über die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 3 Fälle leukämischer Hautgeschwülste, welche an der Neisser'schen Klinik beobachtet und genau untersucht wurden, und in denen neben einer lymphatischen Leukämie mit charakteristischem Blutbefunde Geschwülste der Haut, und zwar, wie in anderen in der Litteratur berichteten Fällen, der Haut des Gesichtes vorhanden waren. Durch eine eingehende Diskussion der einschlägigen Fragen kommt P. zu dem Resultate, dass die lymphatische Leukämie und die Pseudoleukämie mit charakteristischem Blutbefunde (Lymphocytose) zusammengehörige Krankheiten seien

und dass die qualitative, nicht aber die quantitative Blutveränderung den Ausschlag in der Diagnose geben müsse. Von dieser Anschauung ausgehend bespricht P. das auf diesem Gebiete vorhandene kasuistische Material. Er unterscheidet 1) wahre (glatte) leukämische Geschwülste der Haut — sicher nur bei lymphatischer Leukämie gefunden und mit den in den inneren Organen durch diese Krankheit bedingten Veränderungen histologisch übereinstimmend. 2) Kaposi's Lymphodermia perniciosa — eine »unter dem Bilde eines langdauernden, stark juckenden universellen Ekzems mit allmählicher lymphatischer Infiltration der Haut (namentlich des Gesichts) beginnende Krankheit, in deren Verlaufe es zur Ausbildung großer Lymphdrüsenschwellungen und eines lymphämischen Blutbefundes kommt«. P. glaubt, dass diese Erkrankung — trotzdem auch bei den Fällen der 1. Gruppe Ekzeme vorkommen — vorerst eine Sonderstellung verdient. 3) Sarkome und Leukämie sind wiederholt zusammen beobachtet worden. Spindelzellensarkome können natürlich nicht die Folge einer Leukämie sein; bei »Rundzellengeschwülsten« ist die Entscheidung, ob »leukämisches Depositum, Lymphosarkom oder Mycosis fungoides« wesentlich klinisch zu fällen. 4) Besonders schwierig ist die Frage nach den Beziehungen der Mycosis fungoides und der Leukämie. Diejenige Erkrankung, die bisher in Deutschland als Mycosis fungoides bezeichnet worden ist, hat mit Leukämie kaum etwas zu thun. Dagegen sind in Frankreich in den letzten Jahren Erkrankungen in Beziehung zu dieser Krankheit und zur Lymphodermia Kaposi's gesetzt worden, welche »mit meist jahrelang bestehender allgemeiner Erythrodermie (mit heftigem Jucken)« einhergehen, »stets mit Lymphomatose verbunden sind und zum Schluss erst Tumoren bilden, falls überhaupt der Kranke dieses Endstadium erlebt«. P. ist geneigt, diese Gruppe von der Mycosis fungoides ganz zu sondern und sie mit der Lymphodermia perniciosa in nahe Beziehungen zu der Leukämie zu stellen; dieselbe wäre dann charakterisirt: a. »durch Erythrodermie (ekzemähnlicher Zustand mit Röthung, Schuppung, Jucken); b. durch zuweilen starke, diffuse und durch die mangelhafte Schärfe ihrer Begrenzung von leukämischen Geschwülsten zu unterscheidende (im Gesichte meist leontiasisartige) Hautverdickung, zuweilen durch wirkliche Geschwulstbildung; c. durch koexistirende, aber meist erst nach längerem Bestande der Hauterscheinungen eintretende Lymphocythämie«.

Der Schluss der Arbeit ist speciell der Histologie und allgemeinpathologischen Erörterungen gewidmet. Die Untersuchung der Hautgeschwülste ergab »eine reine massenhafte Einlagerung rundkerniger Zellen (Lymphocyten) in das Maschenwerk von Corium und subkutanem Gewebe« mit scharfer Begrenzung am subpapillären Gefäßnetze, mit wenig Mitosen und mit Zeichen, die dafür sprechen, dass noch zelliges Material in den Körper aus diesem Infiltrate abgegeben wird (»Füllung der Lymphgefäße mit Lymphocyten wie in funktionirenden Lymphdrüsen«). Ganz analog war der Befund in den

Lymphdrüsen; in ihnen fanden sich keinerlei Keimcentren (Mangel von Proliferation). Diese Befunde legen Verf. den Gedanken besonders nahe, dass »diese starke Lymphocytenanhäufung nicht durch die Proliferation einzig und allein, vielleicht sogar nur in ganz geringem Grade durch diese bedingt sei, dass vielmehr ein verminderter Lymphocytenverbrauch mit im Spiele sei«.

Bei der Erörterung über das Zustandekommen dieser Lymphocytenhaufen kommt Verf. zu dem Resultate, dass eine Auswanderung der Lymphocyten aus den Gefäßen überhaupt sehr unwahrscheinlich ist, und dass es viel wahrscheinlicher ist, dass hier wie auch bei den entzündlichen Rundzelleninfiltraten die Zellanhäufung durch Zelltheilung am Orte des Infiltrates zu Stande kommt. Bei der lymphatischen Leukämie »wuchert, wie auch Minkowski meint, ein großer Theil des im Körper diffus verbreiteten lymphatischen Gewebes und bildet an besonders disponirten Stellen größere Tumoren«.

Der Arbeit sind ein ausführliches Litteraturverzeichnis, 6 Krankenphotographien und 4 Tafeln mit histologischen Abbildungen beigegeben. Sie bedeutet auf diesem schwierigen Gebiete einen zweifellosen Fortschritt. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **Wechselmann.** Kritisches und Antikritisches zur Lehre von den Antipyrinexanthemen. (Nach Versuchen des Herrn Geheimrath Prof. H. Koebner.)

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 1.)

Ich habe in diesem Centralblatte die Arbeit Apolant's über Antipyrinexantheme referirt. In der vorliegenden Studie kritisirt Verf. einzelne der von Apolant gezogenen Schlussfolgerungen, speciell auf Grund von Versuchen, welche Koebner vorgenommen hat. Aus diesen geht hervor: 1) dass ein Pat., welcher, wie Apolant, an fixem Antipyrinexanthem litt, auf Einreibung von Antipyrinsalbe an den betreffenden Stellen nicht reagirte, während das bei Apolant der Fall gewesen war; 2) dass weder von diesem Pat., noch von Koebner und W. selbst Antipyrin nach Einreibung auf die Haut in nachweisbarer Menge resorbirt wurde; bei 2 anderen Menschen mit Antipyrinidiosynkrasie aber konnte durch Einreiben das Antipyrinexanthem erzeugt werden — daraus geht jedenfalls für die Praxis hervor, dass »die Haut einzelner Individuen kleine Quantitäten nichtflüchtiger Stoffe resorbiren kann«; ein »zwingender wissenschaftlicher Beweis für das Resorptionsvermögen der ganz unverletzten Haut« für solche Substanzen ist aber damit nach dem Verf. noch nicht erbracht.

Der Rest der Arbeit ist nur kritisch und daher zu einem Referate nicht geeignet — nur muss hervorgehoben werden, dass W. meint: wenn Einreibung auf die früher von dem fixen Exantheme befallenen Stellen reizend wirkt, so geschieht das, weil diese Stellen noch nicht ganz zur Norm zurückgekehrt sind. **Jadassohn** (Bern).



6) **M. Tschlenoff.** Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

Körnchen, welche die färberischen Eigenschaften der Tuberkel-, resp. der Leprabacillen haben, waren verschiedentlich in den Schweißdrüsen bei Lepra gefunden und als Abkömmlinge der Leprabacillen gedeutet worden. Auf Grund eines gelegentlichen Befundes des Ref. hat T. normale und pathologisch veränderte Haut auf solche Körner untersucht und sie in einer ganzen Anzahl von Fällen gefunden, wo von Lepra oder Tuberkulose keine Rede war. Die Bedingungen, unter denen sie auftreten, sind noch nicht erkannt. Verf. bespricht ihr tinktorielles Verhalten genauer — sie färben sich mit sehr verschiedenen Methoden. Ihre Bedeutung ist noch ganz räthselhaft.

Jadassohn (Bern).

---

7) **M. Pelagatti.** Über die Morphologie der Trichophytonpilze.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 10.)

Entgegen seiner früheren Anschauung ist P. zu dem Resultate gekommen, dass die verschiedenen Trichophytonpilze sich auch mikroskopisch — durch die Form ihrer Fruktifikationsorgane — unterscheiden, wenn sie nur in geeigneter Weise kultivirt werden. Die Einzelheiten der durch 3 Tafeln illustrirten Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden. Am Schlusse meint Verf., dass »die verschiedenen Typen der ... sogenannten Trichophytonpilze nicht bloß Varietäten einer und derselben Gattung darstellen, sondern selbständige Species verschiedener botanischer Gattungen«. Er glaubt, »dass eine Anzahl der in unserer Umgebung lebenden niederen Pilze unter gewissen, bisher unbekannten Ursachen auf der Haut des Menschen und der Thiere Boden fassen und jene Veränderungen hervorrufen können, die uns unter dem Sammelnamen Herpes tonsurans bekannt sind«.

Jadassohn (Bern).

---

8) **F. Hitschmann** und **K. Kreibich.** Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Ecthyma gangraenosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 1.)

Verff. geben aus der Kaposi'schen Klinik und aus dem pathologischen Institute in Wien einen wichtigen Beitrag zur Lehre von der pathogenen Bedeutung des Pyocyaneus. Sie haben schon 1897 (Wiener klin. Wochenschrift No. 50) 2 hierher gehörige Fälle beschrieben und fügen dem jetzt nach einigen Mittheilungen aus der Litteratur eine weitere Beobachtung hinzu: Bei einem 6 Wochen alten, hochgradig abgemagerten Kinde fanden sich dunkel- oder rothbraune linsen- bis kreuzergroße Flecke mit exfoliirtem nekrotisch belegtem Centrum und hämorrhagisch infiltrirtem morschem Grunde. Mikroskopisch und kulturell fand sich Pyocyaneus in Reinkultur.

Die histologische Untersuchung ergab Nekrose, Hämorrhagien, geringe entzündliche Infiltration.

Verff. glauben, dass auf Grund des in der Litteratur vorhandenen und ihres eigenen Materiales sich bereits ein Bild der von ihnen als Ecthyma gangraenosum bezeichneten Hauterkrankung hochgradig kachektischer Kinder zeichnen lässt: Von einem rothen Hofe umgebene rothbraune bis dunkelbraune Verfärbung von Linsen- bis Kreuzergröße, frühzeitig hämorrhagisch nekrotischer Zerfall im Centrum, ev. bei stärkerer Entzündung papelartige Erhebung. Dabei reichlich dünne Stäbchen im Ausstrichpräparate von der centralen Nekrose.

Die Beobachtungen der Verff. (sie führen auch noch einen weiteren Fall kurz an) stammen aus der niederösterreichischen Landesfindelanstalt, wo der Pyocyaneus endemisch vorkommt.

Jadassohn (Bern).

---

9) **R. Kaufmann.** Untersuchungen zur Ätiologie der Impetigo contagiosa.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

K. hat an der Blaschko'schen Klinik aus 23 typischen Fällen von Impetigo contagiosa stets einen Mikroorganismus, und zwar fast ausschließlich in Reinkultur erhalten, den er auf Grund seiner Untersuchungen für den Erreger dieser Krankheit hält. Derselbe ähnelt am meisten dem Staphylococcus pyogenus aureus und albus, unterscheidet sich aber von diesen durch eine Anzahl kultureller Eigenschaften (raschere Coagulation von Milch, Neigung zur Bildung kurzer Ketten in Bouillon; geringere Alkalibildung; geringere und mehr kegelförmige Verflüssigung, geringere Widerstandsfähigkeit); wichtiger sind wohl die bei der Impfung konstatirten Differenzen: auf Menschen erzeugt der Impetigo contagiosa-Coccus überwiegend seröse, die eigentlichen Staphylokokken eitrige Blasen, Abscesse oder Furunkel; für Thiere ist der erstere viel weniger virulent als die letzteren. Am Schlusse betont K. (wie mir scheint, sehr mit Recht), dass, wenn gleich die erwähnten Differenzen zur Unterscheidung der Impetigokokken ausreichen, doch vielleicht weitere Vergleiche mit Staphylokokken verschiedener Provenienz die Unterschiede »mehr verwischen« werden.

In einem Nachtrage bespricht Verf. noch kurz die in diesem Centralblatte referirte Arbeit von Unna und Frau Schwenter-Trachsler und giebt der Überzeugung Ausdruck, dass die Kokken, welche diese beiden Autoren gezüchtet haben, mit seinen Impetigokokken trotz einzelner Differenzen identisch sind.

Jadassohn (Bern).



10) **Merken.** Beitrag zur Kenntnis des Fibroma molluscum (Virchow).

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 32 u. 34.)

Nach v. Recklinghausen's Ansicht entstehen die unter dem Namen Fibroma molluscum bekannten multiplen Fibrome der Haut stets aus dem Bindegewebe der Hautnerven, sind also immer Neurofibrome, wenn gleich er zugiebt, dass sich die bindegewebigen Hüllen der in der Cutis verlaufenden Follikel, Drüsen und Gefäße an der Wucherung betheiligen können. Dies geschieht indessen nur sekundär, der Ausgangspunkt bleibt stets das Nervengewebe.

Es ist nun in einer großen Anzahl von Fällen der Nachweis von Nerven in den hier besprochenen Geschwülsten gelungen, während in einer, wenn auch kleineren Reihe das Suchen danach erfolglos blieb.

M. beobachtete und untersuchte in der Leipziger dermatologischen Klinik 3 hierher gehörige Fälle, deren 2 der ersten, 1 der letzten Abtheilung angehörten, und giebt unter ausgiebiger Benutzung der Litteratur (108 Nummern) eine umfassende klinische und pathologische Studie über das Fibroma molluscum.

Besonderen Werth legt Verf. auf die Annahme der angeborenen Anlage dieser Geschwülste, die durch folgende Momente gestützt wird: Ein Theil der Fälle ist angeboren, während die weitaus größte Zahl der übrigen Fälle sich in der Jugend, zum Theil in frühester Kindheit entwickelt. Es bestehen zahlreiche Beobachtungen von Erblichkeit, eine häufige Kombination mit angeborenen Pigmentflecken. Schließlich spricht dafür das nicht seltene Vorkommen bei Leuten mit Geisteskrankheiten.

Verf. fasst seine Anschauungen in eine Reihe von Sätzen zusammen, aus denen Folgendes wiedergegeben werden soll:

Das Fibroma molluscum ist seinem Wesen nach eine Missbildung im weiteren Sinne des Wortes, die mit den Naevis in mancher Hinsicht in Parallele gestellt werden kann, sich aber von diesen, wie überhaupt von den eigentlichen Missbildungen, durch ihre Progredienz unterscheidet, welche ihr zu gleicher Zeit den Charakter der im Allgemeinen gutartigen, aber zur malignen Degeneration geneigten Neubildung verleiht.

Diese auf Grund einer kongenitalen Disposition sich im Leben entwickelnde, in einer kleinen Zahl aber in ihren Anfängen wirklich angeborene Missbildung äußert sich in der Neigung des Hautnervenbindegewebes (so wie nach einigen Autoren der Bindegewebsscheiden der Gefäße, Haarbälge, Talg- und Schweißdrüsen) zu einer oft schrankenlosen Proliferation.

Die Annahme v. Recklinghausen's, dass die Wucherung primär immer vom Nervenbindegewebe ausgeht, ist nicht für alle Fälle bewiesen. Das Hautbindegewebe kann allein betroffen sein (die reinen Fälle von Fibroma molluscum) oder es sind auch die

Nerven- (ev. Gefäß- und Drüsen-) Scheiden in anderen Organen betroffen; dann entstehen die Fälle mit Tumoren an Nervenstämmen und in inneren Organen. Endlich können diese Tumoren auch allein vorhanden sein, während die Haut ganz intakt ist. Durch ihren Sitz in lebenswichtigen Organen können dieselben eben so wie in Folge maligner Degeneration den Tod des Individuums herbeiführen.

Hübener (Dresden).

---

11) **P. G. Unna.** Das Kopfkissen in der Dermatologie.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 10.)

Mit Recht macht U. auf die vielfach nicht genug gewürdigte Bedeutung des nicht sauber gehaltenen Kopfkissens aufmerksam. Impetigo lokalisirt sich gern und verbreitet sich besonders auf der Gesichtseite, auf welcher die Pat. liegen; eben so krustöse Ekzeme und manche Fälle von Sykosis. Die Salben, welche zur Behandlung von Haarkrankheiten benutzt werden, gehen oft mehr in die Kopfkissen als in die Haare. Regelrechte Verbände, Badekappen oder in leichteren Fällen Ledertuchüberzüge der Kopfkissen können diese Schädigungen verhindern.

Jadassohn (Bern).

---

12) **Chrzelitzer.** Über die therapeutische Anwendung der Eigone (Jod-Eiweißverbindungen).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 8.)

C. hat das α-Eigon (10 und 20%ig) als Pulver, seltener als Salbe bei der Behandlung von Ulcera mollia, Ulcera dura, Unterhautgummata, Ulcera cruris benutzt und konstatiren können, dass es »in jeder Hinsicht dem Jodoform vorzuziehen ist« (stark antiseptisch, schnell reinigend und desodorirend). Das α-Eigon-Natrium (Natrium jodoalbuminat.) und das β-Eigon (Pepton. jodat.) zeigen bei der internen Behandlung der Lues (der Verf. giebt Jodpräparate gern auch bei primärer und sekundärer Lues) gute Wirkung ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Endlich empfiehlt C. α-Eigonsuppositorien zur Behandlung der Prostatitis.

Jadassohn (Bern).

---

13) **P. G. Unna.** Die Verwendung von Eigelbemulsionen zu Wischwässern.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 9.)

U. empfiehlt, das Eigelb in Verbindung mit Wasser zu Emulsionen zu benutzen, welche auf die Haut aufgepinselt werden und so die Gummi-Emulsionen ersetzen. Bismut. subnitr., Sublimat, Phenole, Glycerin, Alkohol dürfen nicht zugesetzt werden, wohl aber Balsame und Theere, die zugleich die Haltbarkeit garantiren und den Geruch verdecken; auch Essigsäure ist dabei gut zu verwenden. Die Vorschrift lautet:

Vitelli ovi 10,0; Bals. peruvian. (oder Ol. cadini, Ol. Rusci, Liantral, Ichthyol, Styrax) 1,0—2,0; Zinc. oxyd. (oder Talc.,

Magn. carb., Sulf.) 5,0—10,0. Aq. destill. (oder Aq. camphorat., Menth. piperit., rosar., plumbi) ad 100,0;

oder (Aceti resp. Acet. aromat. 33,0, Aq. ad 100,0).

M. S. umzuschütteln.

Man kann auch zu energischerer Wirkung Theer oder Balsam mit der doppelten Menge Eigelb verreiben und mit Wasser auf die Haut auftragen lassen. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **P. G. Unna.** Unguentum domesticum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 8.)

Die emulgirende Kraft des Eigelbs hat U. zur Herstellung einer Salbengrundlage gemacht, die eine schnell eintrocknende Decke auf der Haut bildet. Sie wird nach Art einer Mayonnaise durch Verreibung des Eigelbs erst für sich und dann mit tropfenweise zugesetztem Öle hergestellt. Die Zusammensetzung ist: Eigelb 20,0; Mandelöl (oder billiger Arachisöl) 30,0; dazu 1% Perubalsam zur Haltbarmachung. Es lassen sich verschiedene Substanzen (wie Styrax, Theere, Ichthyol, Talk, essigsaures Blei, Schwefel etc.) nicht aber Phenole, Zinc. oxydat., Chrysarobin, Pyrogallol u. A. zusetzen.

Jadassohn (Bern).

---

15) **L. Leistikow.** Tintenbäder und Tintenumschläge.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 11.)

Die von Unna als gerbend empfohlene Wirkung der Tinte hat L. neuerdings untersucht. Er verschreibt 3—10%ige Tannin- und 2—5%ige Ferr. sulfur.-Lösung und benutzt die Mischung zu lokalen Bädern, zu Umschlägen und zu feuchten Verbänden. Es trat Gerbung, Reinigung und Sekretionsbeschränkung ulcerirter Flächen, Eintrocknen von Blasen, gute Verhornung, Juckstillung ein (bei Erythema exsudativum, Pruritus localis, Herpes progenitalis, Handekzemen, Beingeschwüren). **Jadassohn** (Bern).

---

16) **P. G. Unna.** Natronsuperoxydseife.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 4.)

U. empfiehlt eine $2^1/_2$—20%ige Natronsuperoxydseife (aus 3 Theilen Paraffinum liquidum und 7 Theilen vollkommen getrocknetem Sapo medicatus mit Na_2O_2 leicht herzustellen) als starkes alkalisches Oxydationsmittel speciell bei Acne und bei »Rosacea pustulosa«. Die Seifensalbe wird 3mal täglich mit einem nassen Wattebausch so lange eingerieben, bis Schmerz eintritt, dann rasch mit Wasser abgespült. In der Zwischenzeit werden die Erkrankungen mit den sonst indicirten Mitteln (Schwefel, Resorcin etc.) behandelt. Auch alte Acnenarben werden günstig beeinflusst. **Jadassohn** (Bern).

---

17) **P. G. Unna.** Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 12.)

Statt der Injektionen von spirituöser Thiosinaminlösung, die schmerzhaft sind, hat U. zur Behandlung von Keloiden und anderen sklerotischen Processen eine Thiosinaminseife (Saponis unguinosi 10,0; Thiosinamin. 0,5—2,0), und mit noch besserem Erfolge einen Pflastermull (der 10—30 g Thiosinamin pro Meter enthält) benutzt. Die Salbenseife wird eingeschäumt, der Pflastermull über Nacht als Maske applicirt, ev. kann man auch die Seife mit Quecksilberpflastermull und Massage kombiniren. Günstige Wirkungen werden außer bei Keloiden auch bei fibrösen Strängen auf dem Boden von Varicen, Lepromen, Syphilomen (Initialsklerose) und Lupus, ja auch bei Pockennarben erzielt.

Jadassohn (Bern).

---

18) **L. Leistikow.** Über Vasogenum spissum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 7.)

Das feste eingedickte Vasogenum spissum hat sich weniger eingebürgert, als das gewöhnliche flüssige. Es ist kontraindicirt bei akuten entzündlichen Processen, wird aber mit Vortheil verwendet bei Stauungshyperämien (Rosacea, Perniones — mit Ichthyol 5%), bei Prurigo und bei pruriginösem Ekzem (mit 10%igem Liantral); in der Formel: Vasogen. spiss. 50,0; Sol. calc. chlor. 50,0; Liantral 5,0—20,0 bei universellem pruriginösem Ekzem, bei Eczema keratoides manuum, bei Eczema psoriasiforme und Psoriasis (mit 5—10%igem Chrysarobin); bei Lichen planus (mit Zinc. oxyd., Karbol und Sublimat).

Jadassohn (Bern).

---

19) **M. Hodara.** Über den Gebrauch des Chrysarobins bei der Pityriasis oder dem Eczema siccum seborrhoicum des Gesichts und der Kopfhaut, bei der Pityriasis capitis, der Alopecia pityrodes et seborrhoica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 6.)

Die Anwendung des Chrysarobins in schwächster Koncentration hat, wie Ref. seit Jahren immer wieder gesehen hat, sehr große Vorzüge. H. benutzt bei den in der Überschrift genannten Affektionen: Vasel. flav. 50,0, Chrysarobin 0,01—0,05, Ichthyol 0,05—0,2, Extr. Viol. qu. sat.; oder (speciell am Kopfe): Alcoh. abs. 100,0, Chrysarobin 0,05—0,15, Ol. Ricini 0,5—2,0, Extr. Viol. qu. sat. (Zu schütteln.) Es sind zunächst immer die schwächsten Koncentrationen zu benutzen (und auch diese reizen speciell im Gesichte noch manchmal!).

Eczema psoriasiforme und Ekzeme des Körpers behandelt H. mit großem Vortheile (ohne Reizung) mit einer jeden 3. oder 2. Tag zu wiederholenden Einpinselung von Chlorof., Glycerin āā 25,0, Chrysarobin, Ichthyol, Natr. salic. āā 2,5 (dazwischen nur Olivenöl oder Cold-cream).

Jadassohn (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

20) Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. VI. Kongress. Herausgegeben von A. Wolff.

Wien, **W. Braumüller,** 1899. 599 S.

Aus den Verhandlungen des Pfingsten 1898 in Straßburg abgehaltenen Kongresses referiren wir hier kurz die allgemein medicinisch interessanteren Besprechungen.

Touton: Ätiologie und Pathologie der Acne. (Referat.)

Der ganze 1. Theil des Referates ist der Besprechung derjenigen Affektionen gewidmet, welche nach T.'s Meinung von der Acne abgesondert werden müssen. Denn die Definition der Acnekrankheiten, welche T. aufstellt, umfasst nur die »entzündlichen, zur Eiterung tendirenden, primären Affektionen der Haartalgfollikel mit vorwiegender Betheiligung der Talgdrüsen, Affektionen, deren Einzelelemente einen akuten Verlauf haben«, während die Entzündungen mit vorwiegender Betheiligung des Haarbalges die »Follikulitiden im engeren Sinne« darstellen. Ich führe hier nur die wichtigeren Affektionen an, die T. auf dieser Grundlage von den Acnekrankheiten ausschließt: die ölige und die trockene Seborrhoe, die Komedonen, die Talgretentionscysten, die Milien, die Mollusca contagiosa, die sog. Acne keratosa (der eine eingehende, die verschiedensten Formen umfassende Besprechung gewidmet wird), die Acné décalvante (von welcher T. sehr Vieles dem Lupus erythematodes zurechnet), die Acne mentagra (Sykosis — eine Follikulitis im engeren Sinne), die Keloidacne (Dermatitis papillaris capillitii — eine Follikulitis »bei Leuten mit keloider Tendenz« oder ein kutanes Granulom mit Ausgang in Keloidbildung); die Acne necrotica (ausführliche Erörterung dieses räthselhaften Processes mit werthvollen klinischen Bemerkungen — nach T. jedenfalls keine Acne); die Acne urticata Kaposi (eher als »Urticaria oder Erythema urticatum necrotisans« zu bezeichnen), die Rosacea (eingehende Besprechung der Abgrenzung und Ätiologie; die »Acne« ist nur eine nebensächliche Theilerscheinung der Rosacea). Besonders ausführlich werden die jetzt sogenannten »Tuberkulide« mit ihren sehr zahlreichen acneïformen Bildungen besprochen. In einem Falle, der zweifellos hierher gehört, und in dem mehrere Formen zusammen bestanden, hat T. durch das Thierexperiment den Nachweis der tuberkulösen Natur (allerdings nur eines subkutanen Abscesses) erbringen können. Dieser Fall und das Litteraturstudium lassen T. auch die tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes als möglich erscheinen (leider fehlt die histologische Untersuchung des als solchen diagnosticirten Herdes). Die Frage nach der im eigentlichen Sinne tuberkulösen Natur des Lichen scrophulosorum lässt Ref. noch offen. Die Acne teleangiectodes weist er dem Lupus zu. »Acnitis« und »Folliclis«, Acne cachecticorum und scrophulosorum, Folliculitis exulcerans, Acne necrotisans et exulcerans nasi gehören nicht zur Acne; eben so wenig selbstverständlich die einzelnen Fälle von miliaren Hauttuberkulosen und die »Acne syphilitica« (besser »acneïforme Syphilide«).

Zur Acne im eigentlichen Sinne rechnet T. die »medikamentösen Acneformen äußeren Ursprunges« (nach Theer, Öl, Vaselin, Leberthran, Chrysarobin, Pyrogallol) und die Jod- und Bromacne (auch Arsenacne), deren Pathogenese freilich noch keineswegs klargestellt ist. Der Haupttheil des »positiven« Abschnittes von T.'s Arbeit wird durch das Kapitel »Acne vulgaris« (juvenilis, disseminata) gebildet. Ihre wesentlichen Symptome sind »Seborrhoea oleosa, Komedonen, entzündliche Knötchen und Pusteln«, ferner Milien, falsche Atherome, Narben, Doppelkomedonen etc. Die Seborrhoea oleosa ist die hauptsächlichste Grundlage der Acne; T. polemisirt mit Recht gegen die Annahme Unna's, dass diese eigentlich eine »Hyperidrosis oleosa« sei. Den Komedo sieht er als eine gemischte Horn- und Talgcyste des Talgdrüsenausführungsganges an. Die Beziehungen

der Acne zur Pubertät sind zweifellos; aber wir können sie bis jetzt noch nicht anders definiren als »ein während der gesteigerten Funktion des Haarbalgapparates in der Pubertätszeit zu Tage tretendes Missverhältnis zwischen der Produktion des Hauttalges und der Möglichkeit, denselben auszuscheiden. »Die Vereiterung, Induration etc. wird wahrscheinlich durch ein von außen kommendes, organisirtes Virus veranlasst, das aber wohl nicht »einheitlich und specifisch« ist. Die Bedeutung der bisher gefundenen Mikroorganismen ist noch nicht erwiesen. Neben den eigentlichen ätiologischen Momenten kommen als Gelegenheitsursachen in Frage: strahlende Hitze, mechanische Reize, Schmutz; normale und pathologische Zustände der Genitalien, mit und ohne Chlorose; manche Speisen bei einzelnen Pat.; Störungen der Darmfunktion.

(Die Arbeit enthält eine so vollständige Zusammenstellung und kritische Besprechung der Acnelitteratur, dass, wer künftig auf diesem Gebiete arbeitet, auf sie wird rekurriren müssen; ein vollständiges Referat war an dieser Stelle unmöglich.)

T. Veiel: Referat über die Therapie der Acne.

V. betont, dass, wenn auch »der Zusammenhang der Acne mit Erkrankungen innerer Organe nicht direkt nachgewiesen ist, so doch bei der Behandlung der Acne der höchste Werth auf die Beseitigung dieser Leiden zu legen ist, weil bei Fortdauer derselben die örtliche Behandlung der Haut meist im Stiche lässt«. In manchen Familien ist die Disposition zu Acne erblich. Von einzelnen inneren Mitteln hat V. Erfolg nicht gesehen (auch nicht von Arsen und Ichthyol). Auf die Desinfektion der Wäsche, auf die Behandlung der Seborrhoe des Gesichtes und des Kopfes (speciell mit Seifenspiritus und 5%iger spirituöser Verdünnung von Liquor carbonis detergens) legt er großen Werth. Zur Entfernung der Komedonen und zur Reifung und Entleerung der Acneknoten benutzt er am liebsten Quecksilberpflastermull (alle 24 Stunden zu erneuern, bis neue Pusteln nicht mehr auftreten; dabei Mundpflege zur Prophylaxe der Stomatitis); Expression der Komedonen, Eröffnung von tiefen Knoten und Atheromcysten (mit nachträglicher Auspinselung mit 50%iger spirituöser Chlorzinklösung). Ist das nicht durchführbar, so wird 50%ige Resorcin-Zinkpaste oder Naphtholpaste benutzt. Jede Schälung muss mehrfach wiederholt werden. Nach Reinigung mit Äther, Benzin oder Aceton wird die Haut unter Zinkpflaster beruhigt und dann (bei ambulanten Pat. von vorn herein) zur Schwefelbehandlung (am besten: Schwefelmilch, Spiritus, Wasser und Gummi) übergegangen; reizt diese, so wird nur Borsäure (feinst pulverisirt) mit Zink und Stärke als Paste benutzt.

Hammer: Ätiologische Momente bei Acne vulgaris.

Die Acne entsteht zur Zeit der Pubertät, »der auf das höchste Maß gesteigerten körperlichen Entwicklung«. Mangelhafte Bewegung, Überarbeitung, Zimmeraufenthalt schädigen Knochenbau, Muskulatur, Herz, Athmung und die Haut; der Status seborrhoicus ist »eine Schlaffheit und Widerstandslosigkeit, eine krankhaft veränderte Reaktion des Hautorganes auf äußerliche Schädlichkeiten«. Vorübergehende örtliche Hyperämien können den Bakterien die Vegetationsbedingungen schaffen. Ist die Elasticität der Gefäßwandungen vermindert, wie im späteren Alter, so kommt mehr die Rosacea zu Stande (ungünstiger Einfluss des Alkohols auf die Gefäße). Kalte Füße (ev. mit Hyperidrosis pedum), Kongestionen nach dem Kopfe sind bei Acne- und Rosaceapatienten sehr häufig. Therapeutisch: Muskelthätigkeit (Gymnastik), Luft und Licht; Vermeidung von Alkohol, von Verdauungsstörungen; Sorge für warme Füße; Bekämpfung der Hyperidrosis pedum (mit 5%iger spirituöser Lösung von Argentum nitricum) sind die allgemeinen — fortgesetzter Gebrauch der Schälpasten, gegen restirende Gefäßausdehnungen Klopfmassage sind die Hauptindikationen für die lokale Behandlung.

Blaschko: Über Bromacne.

Unter 514 mit Bromkali behandelten Epileptikern litten 23% an Bromacne. Lokalisation wie bei der gewöhnlichen Acne; weniger Komedonen, als Pusteln. Die Bromausscheidung im Urin spielte keine Rolle. Bei Vielen genügen schon ganz kleine Dosen zur Erzeugung der Acne.

Aus der Diskussion ist nur Weniges von praktischer Bedeutung hervorzuheben: Barlow hat von Massage keinen Vortheil gesehen, wohl aber von regelmäßigen Dampfbädern; Herxheimer erwähnt eine Chloracne; Saalfeld lässt mit einem eigenen Apparate den Dampf von mit Seifenspiritus versetztem Wasser auf das Gesicht einwirken; Sack empfiehlt Ichthalbin innerlich gegen Rosacea etc.

Stravino: Acné rosée.

Auf Grund der Untersuchung von 2 Fällen von Rosacea bespricht S. die Histologie dieser Affektion und ihre Pathogenese; er legt das Hauptgewicht auf eine Toxämie, die durch ungenügende Funktion der Leber und Niere bedingt wird.

Buschke: Über Hautblastomykose.

Die wichtigsten Resultate der sehr interessanten Arbeit sind in den Sitzungsberichten der Berliner medicinischen Gesellschaft und in Volkmann's klinischen Vorträgen (No. 218) mitgetheilt. In den »Verhandlungen« findet sich viel beachtenswerthes Detail.

Caspary: Über Dermatitis exfoliativa universalis.

Unter diesem Namen wird speciell von französischen Autoren eine als eigenartig angesehene Krankheit beschrieben, die in Deutschland, wenn man von der Ritter von Rittershain'schen Krankheit der Neugeborenen absieht, kaum Beachtung gefunden hat. Sorgfältig sind von ihr alle sekundären, »exfoliirenden Erythrodermien« abzusondern. In 2 Fällen, deren Krankengeschichte wiedergegeben wird, hat sich C. zu der Diagnose einer solchen idiopathischen Krankheit (ohne alle charakteristischen Efflorescenzen) entschließen müssen; in einem 3. Falle (bei einem Kinde) lässt er die Möglichkeit offen, dass es sich um eine Ichthyosis mit Exfoliation und Röthung handelt. Ausführlichere Besprechung speciell der französischen Litteratur.

Saalfeld: Über Dermatitis exfoliativa.

Sehr eigenartiger Fall von schwerer generalisirter Exfoliation mit geringer Röthung und tiefem Daniederliegen der Ernährung. Bestimmte Diagnose unmöglich.

Sternthal: Demonstration eines Falles von strichförmiger Hauterkrankung (Ekzem?) der rechten oberen Extremität.

Die Frage der strichförmig lokalisirten Hauterkrankungen steht seit einiger Zeit auf der Tagesordnung. Eine einheitliche Begründung der Lokalisation ist nicht möglich. Während früher diese Hautaffektionen meist (auch vom Ref.) als Naevi angesehen wurden, giebt es zweifellos auch andere Dermatosen unbestimmter oder bestimmter Natur (Lichen ruber oder Psoriasis), die sich in gewissen Linien lokalisiren. In S.'s interessantem Falle handelte es sich um eine psoriasiforme oder ekzematöse Erkrankung im Verlaufe der Voigt'schen Grenzlinien am Arme.

In der Diskussion wurden noch einige hierher gehörige Fälle erwähnt.

Kromayer: Einige neue dermatologische Heilmittel, Derivate des Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins. (In diesem Centralblatte schon referirt.)

Veiel und Sack sprechen sich für Eurobin günstig aus.

Heller: Die Onychopathologie. Demonstration von 105 Photogrammen und 74 Glasdiapositiven.

Die außerordentlich reichhaltige Sammlung H.'s bildet einen Atlas der Onychopathologie, der jetzt mit ausführlichem Texte bei Hirschwald erschienen ist und in diesem Journale wohl noch besprochen werden wird. In seinem Vortrage hob H. eine Anzahl besonders prägnanter Fälle hervor.

Veiel: Demonstration.

Sehr schwer zu deutende Affektion bei einer älteren Dame, die an Malaria erkrankt war, an Hautjucken ohne Efflorescenzen durch 13 Jahre hindurch litt und dann einen chronischen, knötchenförmigen Ausschlag bekam — dabei Abmagerung, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, heftigstes Jucken; Therapie ohne jeden Erfolg. — Die Diskussion drehte sich um die Frage, ob ein Pruritus

mit sekundären Läsionen, ev. auf Grund der Malaria, oder eine besondere Dermatose vorläge.

Sedlmayr: Die Fortschritte der Gonorrhoebehandlung seit dem Prager Kongress 1889.

S. spricht sich für antibakterielle Behandlung aus, hält aber urethroskopische Kontrolle und Dilatation zur definitiven Heilung für nothwendig.

Neisser: Gonorrhoetherapie und Protargol.

In 7 Thesen spricht N. seine zum größten Theile bekannten Anschauungen über die Gonorrhoebehandlung aus (speciell über Protargol in prolongirten Injektionen).

Diese Thesen dienten als Grundlage für eine sehr ausführliche Diskussion, in welcher die Gegensätze bezüglich der schwebenden Fragen (antiseptische oder adstringirende Behandlung, Heilbarkeit der weiblichen Gonorrhoe, »Ehekonsens«, Bedeutung der Urethroskopie zur Feststellung der Heilung) scharf zum Ausdruck kamen. Eine solche Diskussion eignet sich zu einem kurzen Referate nicht.

Neuberger: Über Filamentenuntersuchung chronischer Gonorrhoe.

N. betont, dass man im Urin schon makroskopisch »kleinere, kommaförmig gebogene, dünne Fädchen, die an einem Ende eine deutliche, punktförmige Anschwellung erkennen lassen«, findet, welche mikroskopisch eine alveoläre Struktur aufweisen, den Urethraldrüsen entstammen und öfters Gonokokken enthalten, wenn solche sonst nicht mehr zu finden sind. Durch die Beachtung solcher Fäden, die auch nach provocirender Ausspülung in den letzten Urinportionen erscheinen können, glaubt N. die Zahl der nicht mehr infektiösen Urethritiden vermindert zu sehen.

Wolff: Demonstration von Salbenbougies (»Farmakostile«). Schon referirt.

Glück: Vortrag und Demonstrationen.

1) Xeroderma simplex progressivum. Fortschreitende Atrophie der Haut der unteren Extremitäten, angeblich nach einer Erkältung.

2) Außerordentlich hochgradige Tuberculosis verrucosa et framboesiformis cutis colli et extremitatum.

3) Pellagra ist auf der Balkanhalbinsel außerordentlich selten. G. berichtet über einen Fall, der an Lungengangrän zu Grunde ging. Histologischer Befund in der Haut: Oberflächliche Entzündung mit Hypertrophie und dann Atrophie, bindegewebige Entartung mancher Gefäße.

Müller: Demonstration urologischer Instrumente.

1) Katheter-Dampfsterilisator. Sterilisation in höchstens 10 Minuten; die Instrumente können dann auch leicht steril aufbewahrt werden.

2) Aseptisches Katheteretui.

3) Doppelläufige Harnröhrenspülkanüle.

4) Prostatamassageinstrument (modificirt nach Feleki).

Kusnitzki: Plattenmodell der Urethralschleimhaut eines 6 Monate alten männlichen Fötus.

Ausführliche Publikation in »Morphologische Arbeiten« (Schwalbe) Bd. VIII, Hft. 1.

Sternthal: Demonstration eines Falles von Lupus erythematodes der behaarten Kopfhaut.

Eine sehr hochgradige Erkrankung, welche früher für »Ulerythema ophryogenes« gehalten worden war.

Fabry: Demonstration eines Falles von Urticaria papulosa haemorrhagica (cf. Archiv für Dermatologie u. Syphilis, Festschrift für F. J. Pick), in der Diskussion von verschiedenen Seiten für hochgradig ausgebreitetes Angiokeratom erklärt.

Sack: Vorstellung eines Falles von Hemihyperidrosis cruciata.

Wahrscheinlich auf Grund von theilweise operirten Lymphomen am Halse Hyperidrosis an Kopf, Hals, Brust links, am Unterleibe rechts.

Levy: Über einen Fall von syphilitischer Lungeninfiltration.

Syphilitische Infektion 1892; fieberlose Erkrankung mit Husten, Auswurf, Dyspnoë, Infiltrationssymptomen 1897. Nie Bacillen oder elastische Fasern. Heilung durch JK und Hg.

Baer: Ein Fall von Atrophie der Haut.

Diffuse Atrophie der Haut der unteren Extremitäten. Außerdem gelbliche weiche Flecke.

Wolff: Demonstration eines Falles von Porokeratosis.

Sehr charakteristischer Fall dieser seltenen Hauterkrankung (2 Geschwister erkrankt).

Wolff: Demonstration eines Falles von Lepra.

Bisher anästhetische Form, erst in letzter Zeit auch tuberös. Infektion in Brasilien. Im Blute — auch von anscheinend gesunden Hautstellen — fanden sich sehr häufig reichlich Bacillen.

Wolff: Acanthosis nigricans. Dystrophie papillaire et pigmentaire.

Die Affektion — braune Verfärbung und warzige Hyperplasie der Haut speciell an den Beugen — hatte schon im 3. Lebensjahre begonnen. Zugleich multiple Naevi. Von einer Erkrankung innerer Organe (meist wurde ein Carcinom gefunden) war hier nichts zu konstatiren.

Wolff: Demonstration eines Falles von Naevus linearus verrucosus.

Auffallend durch die starke Rückbildung früher vorhanden gewesener Naevi.

Jacobi: Vorstellung eines Falles von Darier'scher Dermatose mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Charakteristischer Fall. Histologisch die bekannten »Figures coccidiennes«.

H. W. Freund: Die Haut bei schwangeren und genitalkranken Frauen.

F. hat konstatirt, dass in der Gravidität, aber auch während der Menstruation fast regelmäßig das bekannte Symptom des Dermographismus in ausgesprochener Weise vorhanden ist. — Er betont ferner, dass ungemein häufig bei Frauen mit Geschwülsten der inneren Geschlechtsorgane kleine und kleinste Angiome, dunkelbraune Warzen, Naevi, seltener größere Fibrome, Lipome und kavernöse Geschwülste vorhanden sind, speciell am Abdomen (»lebhafte Mitbetheiligung der Haut an Veränderungen der inneren Genitalorgane, vielleicht eine gewisse konstitutionelle Schwäche der Haut?«).

Reichel: Zur Behandlung des Lupus erythematodes.

4 Fälle von Lupus erythematodes bei nicht tuberkulösen Pat. wurden durch innere Medikation von Chinin (etwa $1^1/_2$ g pro die) geheilt. Bei einem Pat. versagte diese Methode. (Auch Ref. hat einige Male hochgradige Besserung und selbst Heilung durch Chinin gesehen, manchmal aber auch schnelle Recidive und dann keinen weiteren Erfolg.)

Reichel: Demonstration eines Falles von Sommereruption.

Die »Summer-Eruption« (Hutchinson) = Hydroa vacciniformis trat bei dem Knaben in charakteristischer Weise unter lebhaftem Jucken im Frühjahre an Gesicht, Ohren und Händen auf und verschwand immer im Winter.

C. Adrian: Über Dermatolysis bullosa.

Heredität war in dem Falle A.'s nicht nachweisbar. Diese Thatsache und die Abheilung mit Narben, das Mitergriffensein der Mundschleimhaut und Nägel spricht für die Zugehörigkeit des Falles zu dem »Pemphigus successif à kystes épidermiques« (Brocq); in dem Vortrage ist A. geneigt, diese Erkrankung von der

gewöhnlich als Epidermolysis bullosa hereditaria beschriebenen Affektion zu trennen. Ob diese Scheidung berechtigt ist, bleibt vor der Hand noch abzuwarten.

Adrian: Über Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi).

Ein charakteristischer, auch histologisch genau untersuchter Fall dieser Dermatose, welche durch derbe Knötchen und Knoten und Pusteln am Nacken charakterisirt ist. A. hält das »Acnekeloid« mit dieser Erkrankung für identisch.

C. Adrian: Über einen Fall von ausgebreitetem Xanthoma planum et tuberosum.

Frau mit chronischem Ikterus, starkem Jucken, Abmagerung; typische Xanthomknoten auf Handrücken, Ellbogen, Ohrläppchen, Knieen, flache Xanthome am Munde, an Handtellern und Fußsohlen.

C. Adrian: Ein Fall von multipler Neurofibromatose der Haut.

Typischer Fall, von v. Recklinghausen histologisch bestätigt, mit vielen Pigmentnaevis (wie so häufig bei Neurofibromen). Auffallend war die stellenweise massenhafte Behaarung der Geschwülste.

Madelung: Über Behandlung des Karbunkels.

M. steht auf dem Standpunkte, dass die »Kombination von Furunkel und Phlegmone«, welche man Karbunkel nennt, die Anwendung des Messers erfordert. Die Bardenheuer-Riedel'sche Methode der Exstirpation hat mehrfache Nachtheile: Schwierigkeit der Operation, Blutverlust, Narkose, Größe des Substanzverlustes und der Narbenbildung. M. operirt seit vielen Jahren in der Weise, dass er den Karbunkel mit einem bis auf die Muskulatur reichenden Schnitte so umschneidet, dass ein sehr großer zungenförmiger Lappen gebildet wird, der eine breite Basis (z. B. bei Furunkeln am Nacken nach der Haargrenze zu) besitzt, dessen Seitenränder an die Grenze der entzündlich infiltrirten Haut zu liegen kommen und in dessen Mitte der »dem Auge zugängliche Theil des Karbunkels« liegt. Mit einem langen, schlanken Amputationsmesser wird dann der an der Spitze angehakte Hautlappen durch gegen die Muskelfascie gerichtete Schnitte rasch abpräparirt (wie ein Haut-Fascienlappen bei einer Amputation); der Lappen wird umgeschlagen, die Blutung durch Kompression mit Gazelappen, die zwischen Hautlappen und Unterlage geschoben werden, gestillt; nur ganz lockere, nekrotische Theile werden mit dem Löffel weggenommen. Der Hautlappen wird dann über die Gaze in seine alte Lage gezogen und trocken verbunden; nach 2 Tagen Verbandwechsel; nach 5—8 Tagen Sekundärnaht; dann ist meist die Stelle des Karbunkels gereinigt. So hat M. z. B. auch an der Oberlippe operirt. Aufgefallen ist ihm, wie wenig von der karbunkulösen Haut schließlich nekrotisch wird; der Hautlappen bleibt immer »lebend«. Die Narben sind unbedeutend; Besserung des Allgemeinbefindens, Aufhören der Schmerzen tritt sofort ein. M. bezeichnet das Verfahren als »Abschälung des Karbunkels«.

Arning: Ein Beitrag zur Therapie des Ulcus molle.

A. hat Ulcera mollia in der Weise behandelt, dass er 2 Stunden täglich eine 48° C. heiße, 5‰ige Kali hypermanganicum-Lösung darüber laufen ließ. Er benutzte einen einfachen 20 Liter haltenden emaillirten Blechkessel, in dem er durch die Stichflamme eines Bunsenbrenners die Temperatur konstant erhielt. Die Reinigung erfolgt meist nach wenigen Tagen. Besonders günstig war auch die Wirkung in Bezug auf die Verhinderung der Entstehung von Bubonen und auf die Rückbildung schon in der Entwicklung begriffener.

Lesser: Ischias gonorrhoica.

L. macht auf Grund eines Falles auf die Differentialdiagnose der gonorrhoischen und der idiopathischen Ischias aufmerksam: Die Schmerzen treten plötzlich mit großer Akuität auf und erreichen sofort ihre Akme; der Verlauf ist schneller; Recidive nur bei neuer gonorrhoischer Infektion; die Pat. sind meist jünger. Besonders betont L. die Bedeutung der Temperatur. In seinem Falle war ein intermittirendes Fieber vorhanden (während derselbe Pat. bei einer vorher vorhanden gewesenen Epididymitis nur remittirendes Fieber gehabt hatte). L. glaubt, dass gerade das intermittirende Fieber für gonorrhoische Allgemeininfektion charak-

teristisch ist (Empfindlichkeit der Gonokokken gegen hohe Temperatur — daher verminderte Entwicklung derselben im Fieber; Abfall der Temperatur durch verminderte Toxinbildung; dann wieder Anstieg etc. — das ist die hypothetische Erklärung, welche L. für diesen Fiebertypus giebt). Bei einer kurzen Besprechung der sonstigen Nervenerscheinungen bei Gonorrhoe kommt L. zu dem Resultate, dass die isolirten Neuralgien, Ischias etc. wirkliche Gonokokkenmetastasen, die Polyneuritis gonorrhoica aber eine Toxinwirkung sei.

Rille: Über idiopathische Atrophie der Haut.

Isolirte Herde atrophischer Haut mit passiver Hyperämie an Händen und Armen. Ätiologie unbekannt.

Millitzer: Optischer Apparat für das Casper'sche Elektroskop.

Nur mit den Abbildungen verständlich.

Schuster: Zur Behandlung des Rheumatismus gonorrhoicus.

Seine frühere Annahme, dass die gonorrhoischen Gelenkerkrankungen auf Syphilis beruhen, hat S. fallen lassen. Er spricht über eine Anzahl von schweren Fällen von »Gonorrhoismus« zum Theil in Kombination mit Lues (speciell ein lokalisirter Pemphigus auf gonorrhoischer Grundlage ist interessant) und betont die gute Wirkung der Quecksilberbehandlung in Kombination mit heißen Bädern.

Wolff: Demonstration von 3 Fällen von Lichen scrophulosorum.

In einem typischen Falle dieser Erkrankung wurden Tuberkelbacillen in einem entzündlichen Knötchen gefunden. Damit findet die Annahme eine weitere Stütze, dass dieses interessante Exanthem ein wirkliches Tuberkeloderm ist.

Madelung: Demonstration eines inoperabeln Carcinoms, das durch 5—8%ige Formalinlösung in einen besseren Zustand gebracht worden ist — der Geruch ist ganz geschwunden.

Wolff und Jacobi berichten über günstige Resultate von Resorcinbehandlung (50%ige Salbe oder Pflaster oder Resorcin in Substanz) bei flachen Hautkrebsen.

Heuss: Ein ungewöhnlicher Fall von Ichthyosis.

2 Schwestern aus hautgesunder Familie mit einer durch die Lokalisation und durch die Kombination von Ichthyosis serpentina und verruco-hystrica ausgezeichneten Erkrankung.

Arning: Eine eigenthümliche Veränderung an den größeren Nervenstämmen bei einzelnen Fällen von Lepra.

A. fand bei anästhetischer Lepra in den Nervenstämmen ausgedehnte nekrotische Partien, welche in den vorgeschrittensten Fällen fast den ganzen Querschnitt einnahmen; in dem jüngeren Falle handelte es sich um zellige Infiltration mit beginnender Nekrosenbildung und typischen Riesenzellen, während bei tuberöser Lepra zwischen den intakt erscheinenden Nervenfasern massenhaft Bacillen (meist an Zellen gebunden) vorhanden sind. Dieser histologische Befund bei Nervenlepra ist für die Frage der visceralen Lepra (Mischinfektion mit Tuberkulose) von Bedeutung.

Jadassohn: Über tuberkuloide Veränderungen bei nicht tuberöser Lepra.

J. hat bei einem Pat. aus Algier zum Theil anästhetische Herde und eine Verdickung des Ulnaris gefunden und darauf die Diagnose »Lepra« stellen müssen. Die Herde in der Haut waren nicht tuberös, sondern mehr glatt und weich, lupusähnlich. Bacillen wurden in den Schnitten erst nach langem Suchen in sehr geringer Zahl gefunden; das Strukturbild war der Tuberkulose sehr ähnlich, nicht ganz identisch; an manchen Stellen war sogar Verkäsung vorhanden. Thierversuche hatten in langer Zeit positive Resultate nicht ergeben. Daraufhin glaubte J., dass es sich hier um tuberkuloide Veränderungen rein lepröser Natur handelte. Er betont die Wichtigkeit solcher Beobachtungen für die Frage, ob bei den visceralen Veränderungen, die von Manchen als Mischinfektion mit Tuberkulose aufgefasst werden, wirklich das histologische Bild zur Entscheidung dieser Frage verwendet werden dürfe.

(Seither sind noch einige ähnliche Beobachtungen publicirt worden, welche für das tuberkuloide Bild rein lepröser Veränderungen sprechen; der oben erwähnte Fall ist noch merkwürdiger geworden, da ein in Algier von Prof. Gemy mit Stücken eines Fleckes geimpftes Meerschweinchen nach 9 Monaten an Tuberkulose gestorben ist. Weitere Untersuchungen solcher Fälle sind dringend nothwendig.)

Saalfeld: Über die Tyson'schen Drüsen.

Die Existenz von Talgdrüsen an der Glans und an der Innenfläche des Präputiums war verschiedentlich geleugnet worden. S. hat solche mit Sicherheit nachgewiesen (an der Glans clitoridis aber vermisst). Er betont auch, dass bei Tyson eine Beschreibung dieser Drüsen nicht zu finden ist, sondern dass sie zuerst von Cowper erwähnt werden.

van Hoorn: Weitere Mittheilungen von TR-Behandlung bei Lupus.

van H. hat eine größere Anzahl Lupöser mit zum Theil sehr großen (bis 60 mg) Dosen TR behandelt und Besserung, nie aber wirkliche Heilung erzielt. Er glaubt nicht, dass eine weitere Erhöhung der Dosen möglich sein würde; denn die mit großen Dosen behandelten Pat. klagten über Schwäche etc.

Kusnitzky: Demonstration von Kanülen mit einer neuen Verschlussvorrichtung.

Die von R. Détert (Berlin, Karlstraße 9) fabricirten Kanülen, über deren Mechanismus das Original nachzulesen ist, sind ohne Assistens verwendbar, ermüden die Hand nicht, lassen die Irrigationsgeschwindigkeit genau kontrolliren und eine Befleckung der Kleider sicher vermeiden.

Nicht gehalten, aber in den »Verhandlungen« abgedruckt wurden folgende Vorträge:

G. Müller: Vorläufige Resultate einer principiell neuen Behandlung des Lupus vulgaris.

M. empfiehlt auf Grund von theoretischen Erörterungen »cellulartherapeutischer« Natur eine neue Behandlungsmethode des Lupus. Nach Ausätzung mit Pyrogallussalbe benutzt er eine Krotonölpaste (Ol. Croton. 1,0—5,0, Resin. Euphorbii, Empl. fusci āā 30,0, Vaselin. flavae 40,0), die er auf die einzelnen Partien des Lupus (abwechselnd mit Guajakol [2%], Perubalsam [10%], Lanolinsalbe) immer 6—8 Stunden am Tage einwirken lässt. Man darf mit dieser Behandlung nicht zu seitig aufhören. In 7 Fällen wurden günstige Resultate erzielt.

Geyer: Mittheilungen über die in den letzten Jahren in der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Breslau beobachteten 5 Fälle von Mykosis fungoides.

Auszugsweise Wiedergabe der Resultate histologischer Untersuchungen. G. hält die Krankheit weder für ein Sarkom, noch für ein lymphoides Neoplasma. Gewebswucherung und Anhäufung von Blutelementen (speciell polynucleäre mit »saurer Granulation«) spielen die Hauptrolle.

R. Ledermann: Über Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Haut.

L. berichtet über Teleangiektasien, welche längere Zeit nach einer Röntgendermatitis aufgetreten waren (ähnlich der Rosacea des Gesichtes).

E. R. W. Frank: Zur Prophylaxe des Trippers. Bereits in der Allgemeinen med. Centralzeitung 1898 veröffentlicht.

Harttung: Gonorrhoische Epididymitis.

H. fand in einem Abscesse bei akuter gonorrhoischer Epididymitis nur Gonokokken (mikroskopisch und kulturell); Ausreibung der Höhle mit Argent. nitric.; glatte Heilung.

Im Anschlusse an diese Beobachtung bespricht H. die Frage, ob man bei frischer Epididymitis die Urethra posterior behandeln solle, und beantwortet sie negativ; ja auch eine Behandlung der Urethra anterior setzt er neuerdings aus. Er hat nach lokalen Eingriffen in der Posterior Epididymitis entstehen oder nach

einseitiger Epididymitis eine solche der anderen Seite hinzutreten sehen. (Die Erfahrungen des Ref. decken sich nicht mit denen H.'s.) **Jadassohn** (Bern).

21) **M. Kaposi.** Hyperidrosis spinalis superior.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

K. beschreibt einen fast einzig dastehenden Fall von abnormem Schwitzen bei einem an Kyphoskoliose und vielleicht auch an Hydrocephalus leidenden 15jährigen Knaben. Die Anomalie besteht seit dem 6. Lebensjahre (wahrscheinlich schon länger). Sonstige Anomalien des Nervensystems wurden nicht gefunden. Das Schwitzen wird durch leichte, noch besser durch starke Kältereize (an verschiedenen Körperstellen applicirt) an ausgedehnten Partien der oberen Hälfte des Körpers hervorgerufen; Zufuhr von Wärme in Form von Bädern unterdrückt die Schweißsekretion auf $^1/_2$ Stunde, innerhalb deren auch andere Reize sie nicht hervorzurufen vermögen. Auch totale Anämisirung durch Abbinden eines Armes verhindert sie. Aus Versuchen mit Atropin und Pilokarpin (über die Details vgl. das Original) schließt Verf., dass die Störung nur durch eine centrale Läsion bedingt sein kann. In seinen epikritischen Bemerkungen kommt er zu dem Resultate, dass »der Auslösungspunkt für den die Hyperidrosis veranlassenden Reiz in den vasomotorischen Centren der grauen Substanz des unteren Hals- und oberen Brustmarkes und vielleicht auch noch höher« angenommen werden muss. Ob eine Geschwulst oder eine Hydromyelie oder eine »angeborene, abnorm gesteigerte Labilität im Tonus der Rückenmarksgefäße selber, ihrer reflektorisch-spasmodischen Kontraktion oder Parese besteht, die sekundär eine erhöhte Reizbarkeit der vasomotorischen Nervenzellen und der des Sympathicus bedingt«, — diese Fragen muss K. unentschieden lassen.

So zweifelhaft auch die Deutung des Falles ist, so interessant ist er doch vom physiologischen wie vom klinischen Standpunkte aus.

Jadassohn (Bern).

22) **L. Waelsch.** Über einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 1.)

Bei einem typischen Falle von Pemphigus vegetans fand W. in den serösen Blasen konstant und mehrere Male auch im Blute einen in die Gruppe der Diphtheriebacillen gehörigen Mikroorganismus, welcher sich Kaninchen und Meerschweinchen gegenüber als sehr pathogen erwies nnd bei Kaninchen eine Sepsis hervorrief. Verf. lässt die Frage, ob dieser Bacillus für die Ätiologie des Pemphigus vegetans eine Bedeutung habe, vollständig offen. Er reiht den von ihm gezüchteten Mikroorganismus wegen seiner Kürze und verhältnismäßigen Dicke, wegen seines üppigen Wachsthums auf den gewöhnlichen Nährböden in Form weißlicher, glänzender Beläge oder Kolonien in die »Pseudodiphtheriebacillen- oder Hofmann-Wellenhof'sche Gruppe« ein. Diese Bacillen verhielten sich aber in Bezug auf ihr tinktorielles Verhalten (M. Neissers's Reaktion), auf die Säurebildung in Bouillon und auch in Bezug auf die Toxicität wie die Löffler'schen Bacillen — so dass W. diese differentialdiagnostischen Momente als nicht ausreichend für die Unterscheidung der echten und der Pseudodiphtheriebacillen ansieht. **Jadassohn** (Bern).

23) **Funk.** Notiz über die Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris disseminatus mittels Guajakolpinselungen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 5.)

Nach einer kurzen Charakterisirung des Lupus miliaris, welcher besonders bei Kindern nach akuten Infektionskrankheiten auftritt, berichtet F. über 2 Fälle (beide Kinder hatten Masern vor kurzer Zeit überstanden) und bei denen er

durch Pinselungen mit reinem Guajakol in einigen Monaten schmerzlos Heilung erzielt hat; bei gewöhnlichem Lupus ergiebt die Methode leider keine Resultate.

Jadassohn (Bern).

24) **F. Krzystałowicz.** Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 5.)

K. hat an Unna's Klinik einen typischen Fall von Xanthoma glycosuricum beobachtet, bei welchem die gelben, roth umsäumten Knoten durch antidiabetische Behandlung geschwunden sind. Er hat von diesem wie von einem anderen Falle reichlich Material mit den verschiedensten Methoden histologisch untersucht und beschreibt die dabei gefundenen Veränderungen. 2 Tafeln illustriren die Befunde. Es handelt sich um scharf abgesetzte Knötchen in der eigentlichen Cutis, welche durch Bindegewebsscheiden in einzelne Herde zerfallen. Die Herdchen sind meist koncentrisch geschichtet und bestehen aus Bindegewebszellen in verschiedenen Entwicklungsstadien und aus Räumen, welche reichlich Fett-Tropfen und Fett-krystalle enthalten; Fett-Tröpfchen erfüllen auch die Zellen. — Wie durch seine klinischen Eigenschaften, so ist auch durch diesen histologischen Befund das Xanthoma glycosuricum von dem gewöhnlichen Xanthom verschieden — ob diese Differenzen nur quantitative sind, will der Verf. nicht entscheiden.

Jadassohn (Bern).

25) **T. Buri.** Ein Fall von Naevus verrucosus linearis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIX. No. 1.)

Ein angeblich seit dem 2. Lebensjahre bestehender »systematisirter Naevus« m Gesichte, dessen Lokalisation aus der beigegebenen Tafel zu ersehen ist, und von welchem B. meint, dass er in seiner Ausbreitung den Voigt'schen Grenzlinien folge. Ferner zieht Verf. zum Vergleiche den Ahlfeld'schen Atlas der Missbildungen der Menschen heran und glaubt mit der horizontalen Wangenspalte, der schrägen Gesichtsspalte und den Auricularsträngen Übereinstimmungen zu finden. **Jadassohn** (Bern).

26) **L. Waelsch.** Über die aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

Seit Unna die Anschauung ausgesprochen hat, dass die sog. weichen Naevi auf Loslösung von Epithelien beruhen, und dass die aus ihnen hervorgehenden bösartigen Geschwülste als Carcinome und nicht als Sarkome aufzufassen sind, ist eine ganze Reihe von Arbeiten zu dieser Frage erschienen, deren Verf. sich theils für, theils wider Unna aussprachen. W. glaubt aus der Untersuchung von 3 solchen bösartigen Geschwülsten den Schluss ableiten zu können, dass es sich um Carcinome handelte. Ganz beweiskräftig scheinen dem Ref. auch diese Befunde nicht, so genau auch das histologische Bild beschrieben ist. Es würde aber hier zu weit führen, in eine Diskussion der überaus schwierigen Frage einzutreten. Der Arbeit sind 6 histologische Bilder beigegeben. **Jadassohn** (Bern).

27) **R. Bernard.** Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (Kaposi).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

B. schildert nach einer kurzen Besprechung des augenblicklichen Standes der Hautsarkomfrage 2 Fälle aus dem israelitischen Krankenhause in Warschau (es ist auffallend, dass dort jedes Jahr 2—3 Fälle dieser sonst doch seltenen Erkrankung beobachtet werden) und bespricht sehr eingehend — speciell auf Grund von Präparaten aus den ersten Stadien der Knötchen — das histologische Bild der Krankheit. Er kommt zu dem Resultate, dass die anatomische Diagnose zu



lauten habe: »Angio-sarcoma fusocellulare peritheliale cutis«. »Das gleichzeitige und dazu mitunter akute Auftreten zahlreicher Knötchen, das zeitweise Verschwinden älterer und das parallele Entstehen von frischen Knötchen erinnert jedenfalls an eine chronische Infektionskrankheit.« Die Hämorrhagien, welche in älteren Knötchen immer vorhanden sind, fehlen in den frischen; sie »hängen gewiss vom Zersprengen der schwachen Wände neugebildeter Gefäße ab«.

Jadassohn (Bern).

28) **M. Joseph.** Über Keloide.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIX. Hft. 2 u. 3.)

Die Unterscheidung der Keloide in sog. wahre und falsche, idiopathische und Narbenkeloide ist bekanntlich in letzter Zeit vielfach bestritten worden; man hat gemeint, dass auch die echten Keloide sich an, wenn gleich sehr unbedeutende, Läsionen anschließen. In der vorliegenden Arbeit tritt J. auf Grund der Untersuchung von 2 Narbenkeloiden, einem echten Keloid und einer hypertrophischen Narbe für die ältere Ansicht ein. Er hat in den beiden Narbenkeloiden nichts vom Papillarkörper gesehen, bei dem echten war er vorhanden; bei dem jüngeren Narbenkeloid war die Geschwulst durch Scheidewände in eine Anzahl von Abschnitten gesondert; in den Zellhaufen war vielfach eine koncentrische Anordnung zu konstatiren; die Geschwulstzellen schienen in der Umgebung der Gefäße sich zu entwickeln; sie haben zuerst große bläschenförmige Kerne, erhalten dann eine homogene Intercellularsubstanz und vielfache Ausläufer und wandeln sich augenscheinlich schließlich in längliche spindelförmige Zellen mit feinfasriger Intercellularsubstanz um. An einigen Stellen sind Degenerationsformen und Riesenzellen zu konstatiren. Elastische Fasern fehlen in diesem wie in dem anderen Falle und in dem echten Keloid ganz (eben so Elacin); in dem älteren Narbenkeloid waren die Zellen kleiner, die Kerne geschrumpft, die kollagenen Fasern überwogen — es war »ein in sich abgeschlossener fibröser Tumor« entstanden.

In der hypertrophischen Narbe (nach Vaccination) fehlte ebenfalls der Papillarkörper; die Epidermis war hypertrophisch; in dem parallelfasrigen Bindegewebe waren noch einzelne elastische Fasern vorhanden; es fanden sich in ihm langgestreckte Spindelzellen und verzweigte plattenförmige Zellen. Während es sich also bei der hypertrophischen Narbe »nur um eine einfache Hypertrophie und Hyperplasie der Zellen des Granulations- und Narbengewebes« handelt, liegt beim Narbenkeloid »eine ausgesprochene Differenzirung bindegewebiger Elemente zu besonderen Tumorzellen« vor.

Das echte Keloid (von der Sternalgegend) lag unter einem normalen Papillarkörper und einer schmalen Zone unveränderten Cutisgewebes; es bestand aus einem zellen- und faserreichen fibrösen Gewebe, stellenweise war es abgekapselt.

Aus diesen Befunden, die natürlich hier nicht mit allem Detail wiedergegeben werden konnten, schließt Verf., dass Narben- und echte Keloide streng zu unterscheiden seien. Ich glaube nicht, das das histologische Material zur Aufrechterhaltung dieses Unterschiedes ausreicht und ich hege in der That die Überzeugung, welcher auch J. (p. 289) auffallenderweise Ausdruck giebt, dass bei »genauer histologischer Untersuchung (vieler Fälle!) sich manche Übergänge zwischen den einzelnen Formen vorfinden werden«. Der Umfang der Verletzung, das Alter des Keloids können so gewichtige Unterschiede bedingen, dass wir vorerst auf eine Sonderung auf Grund einzelner histologischer Differenzen verzichten müssen, da klinisch Vieles für die Identificirung spricht. — Der Arbeit sind 4 Mikrophotographien und eine Anzahl histologischer Abbildungen beigegeben.

Jadassohn (Bern).

Berichtigung. P. 303 Zeile 28 von oben lies Carden statt Credé.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 7. April.** **1900.**

Etagennaht ohne verlorene Fäden.

Von

Dr. **J. Schoemaker** in Nimwegen.

In wie weit es einen Werth hat, eine Bauchwunde so zu vernähen, dass alle Fäden nachher wieder herausgenommen werden können, selbst wenn man die verschiedenen Etagen jede für sich verschloss, oder ob es angenehm sein kann, wenn man in der Lage ist, seine Pfeilernähte bei einem Bruchschnitte in jedem beliebigen Momente wieder verschwinden zu lassen, darüber wollen wir nicht diskutiren.

Jedenfalls ist es eine Thatsache, dass man versucht hat, das Problem zu lösen.

So giebt uns Jonnesco eine ziemlich umständliche Methode an, welche er in dies. Centralblatte 1899 p. 65 beschrieben hat. Ich

kann mich aber von dem Eindrucke nicht frei machen, dass wir auf diese Weise unser Resultat etwas theuer erkaufen.

Viel einfacher hilft sich Haughey (dies. Centralbl. 1897 p. 647), der fortlaufende Etagennähte anlegt, deren Fadenenden er durch die Haut sticht und auf einer kleinen Aluminiumplatte befestigt. Ihre Entfernung soll leicht durch einfachen Zug gelingen; aber so sehr leicht geht das doch nicht immer. Mir ist es an der Leiche niemals gelungen, den Faden auf diese Weise heraus zu bekommen. Zwar ist anzunehmen, das die Nähte sich im lebenden Körper lockern, aber ideal ist die Methode doch nicht.

Gauthier (dieses Centralblatt 1900 p. 181) hat ein etwas komplicirteres Verfahren, das die Nähmaschinennaht nachbildet. Theoretisch ist diese Sache jedenfalls richtig, aber praktisch erweist sie sich doch nicht als vollkommen, weil nämlich das Ausziehen des kleinen Fadens kaum gelingt, wenn man die Naht etwas fest anlegt. Der große Faden zieht dann den kleinen in das Gewebe, ja umschnürt ihn noch dazu, so dass die Entfernung auf große Schwierigkeiten stoßen, ja unmöglich sein kann.

Das war aber von vorn herein nicht sonderbar: fragt man nämlich eine Dame, die mehr mit der Nähmaschine bewandert ist als wir, ob es so leicht ist, eine derartige Naht zu entfernen, dann wird sie das sicherlich verneinen; — das ist eben der große Vorzug der heutigen Nähmaschinen, dass ihre Naht solide und fest sitzt und nicht beim ersten Zug herausgleitet. Das war früher viel unangenehmer mit den alten Kettenstichmaschinen; da konnte es passiren, dass man durch einfaches Ziehen am Fadenende seine ganze schöne Arbeit im Augenblicke verschwinden sah. Da wir das aber gerade brauchen, so prüfte ich diese Methode an der Leiche; und es gelang mir das Anlegen ziemlich leicht, das Ausziehen aber bereitete mir niemals die geringste Schwierigkeit.

Am Lebenden hatte ich bis jetzt nur einmal Gelegenheit, die Vortheile der Methode zu genießen. Bei einem Kinde von 3 Jahren mit tuberkulöser Peritonitis vernähte ich nach eben genannter Weise die Linea alba und konnte den Faden nach 10 Tagen ohne jede Mühe entfernen. In diesem Falle war es mir desshalb sehr angenehm, von meinem verlorenen Faden befreit zu sein, da die Seidenknopfnähte der Haut nicht alle ganz tadellos zum Vorschein kamen, eine Infektion in die Tiefe leicht hätte fortgeleitet werden können, dem wir durch Entfernung der todten Masse vielleicht vorgebeugt haben. Jetzt ist jedenfalls die Haut wie auch die Linea alba in ihrer ganzen Ausdehnung zu einer festen Narbe verwachsen.

Wie die Naht aussieht, lässt sich aus nebenstehendem Schema (Fig. 1) besser als durch eine Beschreibung verständlich machen.

Das Princip ist, dass jede Schlinge durch die folgende gefasst wird, aber ihren Halt verliert, sobald diese letztere zurück gezogen wird — danach wird dann wieder die vorige frei, und so folgt der ganze Faden.

Ein Vortheil dieser Naht liegt darin, dass sie um so leichter entfernt wird, je fester sie angelegt war, und dass sie die Wundränder mit einander in lückenlose breite Berührung bringt. Das Anlegen ist zwar komplicirter als bei einer gewöhnlichen fortlaufenden Naht, aber es lässt sich mit einiger Übung doch leicht machen.

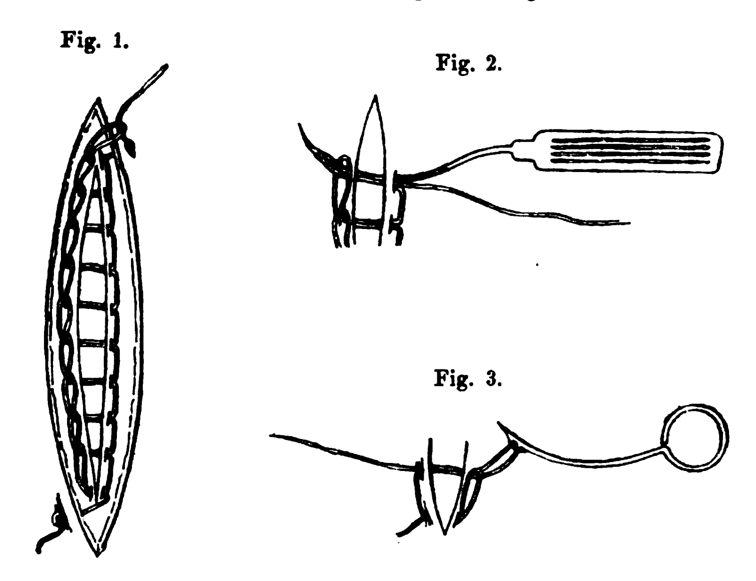


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Man nimmt dazu eine Nadel mit einem Öhr neben der Spitze und ahmt damit die Nähmaschine nach (Fig. 2), oder man gebraucht eine de Mooy'sche Nadel und zieht damit die eine Schlinge durch die andere (Fig. 3).

Beide Methoden bringen wohl eine Ungewohntheit ihrer Handhabung mit sich, aber trotzdem glaube ich, dass Jemand, der kein Freund von verlorenen Fäden ist, sich dieser Mühe unterziehen wird.

---

1) **E. Zuckerkandl.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1. Heft: Kopf und Hals. 219 Figuren mit erläuterndem Text.

Wien u. Leipzig, **W. Braumüller,** 220 S.

Der in seiner 1. Lieferung vorliegende Atlas, der innerhalb 2 Jahren in 5 Lieferungen erscheinen soll, hat große Vorzüge, die seine Benutzung namentlich für den Chirurgen empfehlenswerth erscheinen lassen. Zunächst zeichnen sich die Abbildungen durch Schärfe der Zeichnung und, da außerdem vielfach verschiedene Färbungen für die einzelnen Gewebe zur Anwendung kommen, durch besondere Klarheit aus. Ferner sind fast alle Präparate in Lebensgröße wiedergegeben, einige — bei der Darstellung kleiner Verhältnisse, z. B. das innere Ohr — sogar in Vergrößerung. Dann aber

nimmt Verf. bei der Herstellung und Auswahl seiner Präparate besondere Rücksicht auf praktische, namentlich chirurgische Verhältnisse, so dass die Abbildungen eben so zur Erleichterung diagnostisch schwieriger Fragen wie zur Vorbereitung für operative Eingriffe vorzugsweise empfehlenswerth erscheinen. Für die Nervenoperationen an Kopf und Hals, für die Gefäßunterbindungen an gleicher Stelle, für die Operationen am Gehirn, an der Nase und ihren Nebenhöhlen, der Augenhöhle, am Ohr, der Parotis, den Mandeln legt Verf. in zahlreichen eigenartig hergestellten Präparaten ein reiches Bildermaterial vor, das solche Eingriffe erleichtert, ja in ein paar Abbildungen giebt er sogar pathologische Zustände wieder — vergrößerte Rachenmandel, Retropharyngealabscess — und greift damit direkt in die Pathologie über.

Der Text macht nur ganz kurz auf das Wesentlichste einer jeden Abbildung aufmerksam. Der vorliegende Atlas empfiehlt sich in besonders werthvoller Weise dem praktischen Operateur und dem Lehrer der Chirurgie. **Richter** (Breslau).

---

2) **R. Stern.** Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. II. (Schluss-) Heft: Krankheiten der Bauchorgane, des Stoffwechsels und des Blutes.

Jena, **G. Fischer,** 1900. 307 S.

Im Jahre 1896 hatte Ref. die Freude, den ersten Theil des S.'schen Buches anzeigen und seinen hohen wissenschaftlichen wie praktischen Werth hervorheben zu können. In dem jetzt vorliegenden zweiten, umfangreicheren, das Werk abschließenden Theile behandelt Verf. die traumatische Entstehung der Erkrankungen der Bauchorgane mit specieller Berücksichtigung der bösartigen Geschwülste, Cysten und Gefäßerkrankungen in deren Gebiet, und schließt mit einem Kapitel über die Krankheiten des Stoffwechsels — besonders Diabetes — und Blutes, Krankheiten, bei welchen die Rolle des Trauma als Entstehungsursache ganz besonders schwierig zu beurtheilen ist. Auf eine Bearbeitung des Nervensystems hat der Autor verzichtet, da über diese — als Folge von Verletzungen — schon eine reiche Litteratur existire. Umfangreiche Litteraturverzeichnisse folgen den einzelnen Kapiteln, ausführliche Sach- und Autorenregister schließen das ganze Buch.

Nicht sowohl die reiche eigene Erfahrung des Verf., auch nicht die ungemein fleißige Sammlung der weitschichtigen Litteratur, sondern vor Allem die scharfe Kritik, der er diese unterwirft und mit der er unnachsichtig die verhältnismäßig geringe Zahl gesicherter Thatsachen von der nur zu stark gehäuften Spreu werthloser Kasuistik säubert, giebt dem Buche seinen hohen Werth. Daraufhin müsste man die Forderung aufstellen, es dürften fortan ärztliche Gutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und innerer Krankheit, so weit sie sich auf Erfahrungen früherer Zeiten berufen,

sich nur auf solche Fälle der vorhandenen Litteratur stützen können, die gegenüber der in S.'s Buche geübten Kritik Stand halten.

Wir sind überzeugt, dass dasselbe weite Verbreitung finden wird.

Richter (Breslau).

---

3) **R. Schmidt.** Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe.

Jena, G. Fischer, 1900. 60 S.

S. schlägt in der seinem Schwiegervater E. Ziegler gewidmeten Schrift folgenden Paragraphen zur Aufnahme in das Strafgesetzbuch vor:

»Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn die Handlung durch die Nothwendigkeit ärztlicher Hilfe geboten war.

Derjenige, welcher zugezogen wird, um einer Person ärztliche Hilfe zu leisten, ist, so lange diese Person oder deren gesetzlicher Vertreter der Behandlung nicht widerspricht, zu allen Eingriffen berechtigt, welche zur Erhaltung ihres Lebens oder ihrer Gesundheit (nach Maßgabe der Regeln der ärztlichen Wissenschaft) erforderlich sind. Die Überschreitung der berechtigten Hilfe ist nicht strafbar, wenn der Arzt über deren Grenzen hinausgegangen ist, weil er in Folge der begleitenden Umstände die ärztlichen Regeln nicht erkennen konnte (oder wenn die behandelte Person in den Eingriff einwilligte).«

Der ärztliche Eingriff ist allemal ein Delikt, dessen Stellung im Strafgesetzbuch am besten durch Straf- und Schuldausschließungsgründe rektificirt wird. Desshalb wäre vorstehender Paragraph in diejenigen über Nothwehr, Nothstand etc. einzureihen, auf welche Begriffe auch exemplificirt wird. Für die Straf- und Schuldausschließungsgründe ist die ärztliche Regel maßgebend. Ob im einzelnen Falle hierin gefehlt ist, darüber muss ein eingehendes Beweisverfahren angestellt werden. »So viel dürfte klar sein, dass man dem Strafgericht nicht gestatten kann, sich bei dem Gutachten eines einzelnen Arztes oder eines beliebigen Kreisphysikus oder Bezirksarztes zu beruhigen.«

Wenn es auch nach den gemachten Ausführungen der Einwilligung der Pat. zur Rechtfertigung nicht bedarf, so muss die Einwilligung zu dem Eingriffe doch den processualen Verlauf der Untersuchung günstig beeinflussen. Die Einwilligung würde auch den »Excess« der ärztlichen Handlung, — das Hinausgehen über die Grenzen des Erforderlichen —, legitimiren. Die Zustimmung zur Behandlung sogar nur könnte vielleicht nach S. die Verantwortlichkeit im erörterten Sinne ausschließen.

Es ist nicht möglich, hier der sehr koncentrirten, reichlich mit juristischen Technicismen ausgestatteten Abhandlung in den Grenzen eines Referates gerecht zu werden, sie sei Jedwedem besonders ihrer objektiven Darstellung wegen zur Durchsicht empfohlen. Verf. vertritt nicht einen einseitigen juristischen, aber auch nicht einen unkritisch für uns wohlwollenden Standpunkt. Wer glücklicherweise

die Bedeutung derartiger Erörterungen noch nicht kennen gelernt hat, der sei hier an den Ausspruch eines hervorragenden Wiener Chirurgen erinnert, »dass der Arzt immer mit einem Fuße im Kriminal stehe«. Die Verhältnisse haben sich seitdem eher noch mehr zugespitzt, und es wäre zu wünschen, dass die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes möglichst unzweideutig festgelegt würde.

Bähr (Hannover).

---

4) **Bogatsch.** Mit welchem Rechte empfiehlt das Reichsversicherungsamt den Berufsgenossenschaften die Übernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit und wie setzen diese es am besten ins Werk? (Vertrauensärztliche Studie aus dem gesammten Aktenmateriale der Sektion I der Schlesischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft für die Jahre 1885—1896.)

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 22 u. 24; 1900. No. 1 u. 2.)

Trotz der von Jahr zu Jahr wiederholten Anregungen durch das Reichsversicherungsamt, das Heilverfahren wo möglich schon während der Wartezeit zu übernehmen, geschieht dies bis jetzt von den einzelnen Berufsgenossenschaften nur in ganz beschränktem Maße. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Anregung seitens des Reichsversicherungsamtes giebt Verf. an der Hand sehr ausführlicher Statistiken eine schätzenswerthe Übersicht über die in den Jahren 1885 bis 1896 bei der Sektion I der Schlesischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft angemeldeten Betriebsunfälle, über die Art der hierdurch hervorgerufenen Verletzungen, über das bei denselben angewandte Heilverfahren und dessen Enderfolg. Er zeigt insonderheit, wie durch die Übernahme des Heilverfahrens bei gewissen Unfällen seitens dieser Sektion schon während der Wartezeit die durchschnittliche Belastung der Sektion pro Kopf des Versicherten und pro 1000 *M* Lohn von Jahr zu Jahr zurückgegangen ist. An einer großen Anzahl von theils Röntgenbildern, theils gewöhnlichen Abbildungen zeigt er den Unterschied im Heilerfolge je nach Übernahme des Heilverfahrens vor oder nach Ablauf der Wartezeit.

Im weiteren macht Verf. mit einigen Einrichtungen bekannt, wie solche von der schlesischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft seit einiger Zeit Behufs Erkennung derjenigen Betriebsunfälle, welche für eine sofortige Übernahme des Heilverfahrens geeignet erscheinen, gehandhabt werden, und giebt außerdem noch einige therapeutische Winke.

Es empfiehlt sich, die Arbeit im Originale zu studieren.

Motz (Hannover).

---

5) **G. Kapsammer.** Blutdruckmessungen mit dem Gärtner-schen Tonometer.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 51.)

Verf. hat in der Albert'schen Klinik mit dem neuen Gärtner-schen Tonometer (am 16. Juli 1899 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstrirt) umfangreiche Versuche besonders an narkotisirten Pat. während der verschiedenen chirurgischen Eingriffe angestellt und vielerlei interessante, z. Th. schon bekannte Beobachtungen gemacht. Davon seien folgende referirt:

Im Allgemeinen sinkt der Blutdruck (beim normalen Menschen zwischen 100 und 130 mm gelegen) in der Narkose, meist gleich zu Beginn, nachdem das Excitationsstadium vorüber ist, mitunter erst in der zweiten Hälfte. Selten (5mal unter 75 Fällen) trat eine Steigerung von 10—30 mm ein. Während der Narkose schwankt der Blutdruck zwischen 10—40 mm, ja zwischen 60—70 mm, einmal um 120 mm. Dies ist abhängig von der Art der Narkose (ruhig, gleichmäßig oder stürmisch bewegt bei Potatoren) so wie von der Art der chirurgischen Eingriffe. Bei Brechbewegungen, Husten, vorübergehendem Aufwachen findet regelmäßig ein Ansteigen des Blutdruckes um 20 bis 30 mm statt. Auch andere Momente können dies bedingen, z. B. Injektion von Oleum camphoratum (10—25 mm), Anlegen des Schlauches hoch am Oberschenkel oder hohe Unterbindung der Femoralis (10 bis 15 mm), aber nur kurz dauernd. Beim Zerren am Trigeminus gelegentlich der Resektion wurde einmal eine Steigerung von 120 auf 160 mm, ein ander Mal von 100 auf 170 mm beobachtet. Dagegen fiel der Blutdruck beim Zerren am Ischiadicus bei auffallend ruhiger Narkose von 110 auf 40 mm.

Blutdrucksenkungen traten auf bei größeren Blutungen, Ablassen von pleuritischen Exsudaten, bei Eröffnung der Bauchhöhle (von 170 auf 50 mm bei einer Bassini'schen Radikaloperation, als der Bruchsack einriss).

Beim Meißeln am Beckenknochen wurde ein Abfall von 100 auf 60 mm beobachtet, eben so hohe Werthe beim Ablassen beträchtlicher Mengen von Ascites- und Cystenflüssigkeit, bei dem Eröffnen und Kollabiren des meteoristisch aufs äußerste gespannten Darmes. Bei zwei unter Oberst'scher Lokalanästhesie ausgeführten Operationen (Resectio cubiti, Naht des Nervus ulnaris am Ellbogengelenk) stieg der Blutdruck um 50—60 mm. Es war hier Schmerzempfindung vorhanden. Die Höhe des Blutdruckes ist im Allgemeinen bedingt durch die Energie des Herzens, die Widerstände im Gefäßsysteme und die Blutmenge. Das Sinken des Blutdruckes durch die Narkose dürfte durch die verminderten Widerstände in der Peripherie, das allgemeine Sinken des Gefäßtonus bedingt sein, bei einfacher Laparotomie oder beim Meißeln am Becken durch reflektorische Erweiterung der Gefäße des Splanchnicusgebietes. Überhaupt spielen bei den verschiedenen Druckschwankungen reflektorische Vasokonstriktoren- resp. Dilatatorenwirkungen eine große Rolle.

Als untere Grenze der Lebensfähigkeit beim Menschen bezeichnet K. als Schlussfolgerung aus einigen diesbezüglichen Beobachtungen eine Höhe von 60 mm, mit dem Gärtner'schen Instrumente gemessen, wie sich überhaupt alle Angaben auf letzteres beziehen.

Die Vortheile, die das Gärtner'sche Tonometer für die Anwendung desselben bei der Narkose bietet, sind nach K. folgende:

Es ist möglich, den Narkotiseur auf das Erwachen vorzubereiten, bevor irgend welche anderen Symptome dafür sprechen, zweitens geben die Blutdrucksenkungen bei Gefahren, die durch die Operation bedingt sind, zweifellos ein sichereres Anzeichen als die Athmung und der Puls.

Hübener (Dresden).

---

6) **O. Bloch** (Kopenhagen). Sur l'emploi plus restreint de l'anesthésie générale, spécialement sur la pratique de grandes opérations à l'aide de l'application locale de chlorure d'éthyle combinée avec l'anesthésie primaire de chloroforme et quelques remarques sur la sensibilité des différents tissus du corps humain.

(Revue de chir. 1900. No. 1.)

B. hat seit Längerem auch bei größeren Operationen (Amputationen, Resektionen, Herniotomien, Laparotomien etc.) sich des Verfahrens bedient, zunächst eine ganz leichte Chloroformnarkose einzuleiten, zu welcher höchstens 6 ccm Chloroform verwandt wurden, und dann die lokale Anästhesie mit Äthylchlorid herbeizuführen. Zum Erregungsstadium kam es Dank der Benutzung von so wenig Chloroform nur in einigen Fällen. Aber andererseits sind auch — eben, weil überhaupt Chloroform angewandt wurde — seine Gefahren nicht ausgeblieben, indem 2 Pat. im Beginne der Narkose — der eine hatte eine carcinöse Struma — verstarben. Was die Schmerzen bei der Operation betrifft, so giebt B. an, dass keiner der Pat. dabei »wirklich gelitten habe«, weil Drücken und Zerren an den tieferen Nerven möglichst vermieden und die Haut durch das Äthylchlorid anästhetisch geworden war. Wenn B. trotzdem noch eine leichte Chloroformnarkose einleitet, so geschieht es, um den »psychischen Schmerz« fernzuhalten.

Die Methode wird von B. für große Operationen warm empfohlen, während er die alleinige lokale Anästhesie mittels Äthylchlorids besonders bei kleinen operativen Eingriffen für geeignet hält.

Kramer (Glogau).

---

7) **A. Sclavo.** Di alcuni recenti risultati ottenuti colla sieroterapia specifica della pustola maligna etc.

(Sperimentale 1899. No. 4.)

S. hat zuerst empfohlen, sein Milzbrandheilserum subkutan zu injiciren. Nachdem er in einem besonders schweren Falle erst durch

intravenöse Injektion eine prompte Wirkung beobachtet hat, empfiehlt er diese Methode. Im Ganzen sind mit dem Serum ca. 100 ihm bekannt gewordene Fälle behandelt, von denen nur 2 gestorben sind. Die ihm gelegentlich seiner früheren (dieses Centralblatt 1899 No. 3 referirten) Arbeit gemachte Forderung, dass das Serum auch an schweren, sonst unheilbaren Fällen sich erweisen müsse, ist erfüllt.

Die von Corseri behauptete Wirksamkeit intravenöser Sublimatinjektionen konnte S. bei Kaninchen nicht bestätigen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

8) **Vollbrecht** (Breslau). Hände- und Hautdesinfektion mittels Seifenspiritus.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 1.)

Die von v. Mikulicz empfohlene Desinfektion der Hände und Haut mittels Seifenspiritus findet in V. einen beredten Vertreter, welcher ihr alle von dem Ersteren hervorgehobenen Vorzüge gleichfalls nachrühmt. In dem kleinen Aufsatze finden sich viele schätzenswerthe Winke hinsichtlich der Einführung der Asepsis in den Feldgebrauch, so wie in die ähnlichen Verhältnisse kleiner Krankenhäuser und Privatwohnungen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

9) **MacKloeen** (Waverlag, Java). Burns and their treatment.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. December.)

Bei Verbrennungen des dritten oder eines höheren Grades ist das Bestreichen der Fläche mit einer Lösung von 1 : 10 oder 1 : 6 Pikrinsäure sehr gut im Stande, die heftigen Schmerzen zu lindern, allein besser ist es nach K., sie mit Gaze zu bedecken, welche mit Bovinin, d. h. einem auf kaltem Wege hergestellten Präparate aus Ochsenblut, getränkt ist. Die Art der Wirkung ist nicht völlig aufgeklärt. Die Gaze muss beständig mit Bovinin angefeuchtet werden. Hierdurch wird zuweilen eine Erweichung der benachbarten gesunden Hautstellen herbeigeführt. Das schadet aber nicht, die erweichten Massen werden mit sterilem Wasser abgewischt, und die Oberfläche kann dann mit Talk- oder Borsäure bestreut oder es kann Vaseline angewendet werden. Trockene Behandlung empfiehlt sich nicht. Auch wenn plastische Operationen nöthig werden, etwa Thiersch'sche Transplantationen, benutzt K. Bovinin zur Befeuchtung der Bedeckung.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

10) **G. Brühl.** Das menschliche Gehörorgan.

München, **J. F. Lehmann,** 1900.

In 3facher Linearvergrößerung giebt Verf. nach Art der bekannten aufklappbaren anatomischen Atlanten eine übersichtliche schichtenweise Darstellung von der topographischen Anatomie des Ohres und Schläfenbeines. Die einzelnen Darstellungen sind, so weit Verf. nicht bewusst eine Abweichung davon zur Erhöhung der Übersichtlichkeit vorgenommen hat, genau und klar. Nur von den beiden

tiefsten dargestellten Schichten lässt sich nicht gerade sagen, dass sie sehr plastisch wirken, obwohl hier, zur Orientirung über den Verlauf des Facialis, eine solche Wirkung wünschenwerth erscheinen würde. Immerhin ist die Darstellung zur Erleichterung des Verständnisses dieser komplicirten Verhältnisse, namentlich wohl beim Unterricht, ganz nützlich, wenn sie auch selbstverständlich nicht annähernd das leistet, was eigenes anatomisches Präpariren vermag.

Kümmel (Breslau).

---

11) **M. Teichmann.** Zur Statistik der lebensgefährlichen Komplikationen eitriger Ohrerkrankungen und der Operationen am Warzenfortsatze.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXIV. p. 375.)

Verf. hat aus den Zählkarten zur Morbiditätsstatistik für die Krankenanstalten Preußens aus den Jahren 1894 und 1895 zusammen 1639 Fälle von Operationen am Warzenfortsatze und 111 Todesfälle an Komplikationen von Ohreiterungen ohne Operation aus den Jahren 1893—1895 zusammengestellt. Allerdings betont er, dass die Angaben der Zählkarten in vielen Punkten recht unvollständig sind, er konnte aber immerhin eine ganz werthvolle Reihe von Daten gewinnen. Danach fällt die weitaus größte Mehrzahl der tödlichen Folgekrankheiten wie der Operationen am Warzenfortsatze in die Zeit vor dem 50. Jahre, die größte Mehrzahl der tödlichen Komplikationen allein in die ersten 5 Lebensjahre. Von der Gesammtzahl der Fälle boten nur 665 Angaben, ob eine akute oder chronische Erkrankung vorlag, und von diesen betrafen ungefähr $^3/_4$ chronische Ohreiterungen. Fast in der Hälfte der Fälle (hier nur 236 verwerthbar) waren akute Infektionskrankheiten des Kindesalters Ursache der primären Ohreiterung, und in mehr als $^1/_4$ davon Scharlach. Die Vertheilung der Erkrankungen auf bestimmte Berufsklassen gab gleichfalls eine Anzahl ganz interessanter, aber bei der Kleinheit der gewonnenen Zahlen noch zu bestätigender Aufschlüsse. Von 1639 Operirten starben im direkten oder indirekten Zusammenhange mit der Operation 146 (gleich 8,9%); bei 66 dieser Todesfälle ließ sich ermitteln, ob die ursächliche Eiterung akut oder chronisch war: 12 Fälle (= 18,2%) hatten akute, 54 (= 81,8%) chronische Erkrankungen. Es wäre interessant gewesen, diesen Zahlenangaben solche über die Häufigkeit anderer oft vorkommender Erkrankungen gegenüber zu stellen, um einen Vergleich zu ermöglichen. Leider ist der den Lesern dieses Blattes wohl bekannte Verf. vor Kurzem einem schweren Leiden erlegen.

Kümmel (Breslau).

---

12) **R. Legay.** Essai sur les rapports de l'organe auditif avec hallucinations de l'ouie.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1898.

Der an sich recht interessante Aufsatz, in dem eine Auswahl der physiologisch bemerkenswerthen Fälle in der Litteratur, bei

denen Veränderungen am Gehörorgane konstatirt wurden, und bei denen zum Theil durch Heilung dieser Veränderungen die psychischen Störungen beseitigt werden konnten, gegeben ist, dürfte für die Leser dieses Blattes nicht sehr viel Bemerkenswerthes enthalten. Verf. kommt zum Schlusse, dass eine Ohrerkrankung, deren sich der Kranke nicht bewusst ist, zu einer falschen Deutung von subjektiven Gehörwahrnehmungen und vielleicht zuweilen zu akuter Demenz Anlass geben kann, dass dabei aber keine typischen Hallucinationen auftreten. Die letzteren verlangen eine besondere psychische Disposition, sie können aber durch das Bestehen einer Ohrerkrankung unterhalten werden; außerdem können Ohrerkrankungen durch die begleitenden lästigen Störungen eine solche psychische Disposition schaffen. 12 recht genaue eigene Beobachtungen in dieser Richtung hat der Verf. am Schlusse zusammengestellt. **Kümmel** (Breslau).

---

13) **C. Ritter.** Die Epulis und ihre Riesenzellen. Ein Beitrag zum Vergleich von Geschwulst und Entzündung.

(Deutsche Zeitschrift für klin. Chirurgie Bd. LIV. p. 1.)

R. hat in den Kliniken von Greifswald und Kiel eine Anzahl Epuliden genau histologisch untersucht, wobei er zu mit alten Lehren vielfach im Widerspruche stehenden Befunden und Resultaten gelangt ist. Nach bisher gültigen Ansichten sollten die bekannten Riesenzellen dieser Geschwülste gut separirte selbständige Gebilde sein. Dem widerspricht R. Er findet die Riesenzellen nicht allseitig begrenzt, theilweise überhaupt nicht begrenzt und erklärt sie für Ausläufer, Knospen von Gefäßen, deren Endothel direkt in das Protoplasma der Riesenzellen übergeht. Der zweite Gewebsbestandtheil der Epulis, das Spindelzellensarkomgewebe, stammt nach R. auch vom Gefäßgewebe ab. Er glaubt, dass die Spindelzellen nichts Anderes sind, als kollabirte, dicht neben einander liegende Kapillaren. Eigenthümlich ist den Epuliden drittens ein maschiger Bau, reichliche Hohlräume mit Blut gefüllt, die nach bisherigen Lehren durch Zerfall der Gewebe mit nachfolgenden Blutergüssen gedeutet zu werden pflegten. Auch dem widerspricht R., der sich auf seine Untersuchungen von Geschwülsten stützt, die sofort nach ihrer Entfernung gehärtet wurden. Er nimmt an, dass es sich hier um Bluträume handelt, in denen lebendes Blut cirkulirt, um ähnliche Hohlräume, wie er sie bereits bei Knochenperitheliomen beschrieben hat. Es sind keine Gefäßlichtungen, sondern endothelfreie Räume, deren Begrenzung nur das Riesensarkom und Spindelzellengewebe bildet, venöse Sinus, in die das arterielle Gefäßsystem die Kapillarsprossen hineinsendet, in ähnlicher Weise, wie dies am Placentargewebe vorkommt.

Zur Prüfung seiner Entstehungstheorie für die Riesenzellen (aus Gefäßendothel) mustert R. die sonst über diese Frage in der Litteratur erörterten Hypothesen, wobei er zu dem Resultate kommt,

dass die widersprechenden Theorien (Entstehung der Riesenzellen aus Epithel bezw. aus Leukocyten) wenig wahrscheinlich sind. Wie überall die Riesenzellenbildung eine Art von Entzündungsprodukt, provocirt durch irgend einen Fremdkörper, zu sein scheint, so ist auch bei der Epulis die Wirkung des als Fremdkörper irritirenden Zahnstumpfes der eigentliche Grund der riesenzellenhaltigen Neubildung, welche als ein »neuer Beweis für die Reaktionstheorie mancher Sarkome« gelten kann.

Der sorgfältig ausgeführten Arbeit sind zahlreiche mikroskopische Figuren und ein 107 Nummern zählendes Litteraturverzeichnis beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **H. J. Walcott.** Parotitis in old age.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. December.)

Der Fall W.'s betrifft einen $99^1/_2$ Jahre alten Mann, der mit Schüttelfrost erkrankte. Nach wenigen Stunden begann die rechte Gesichtshälfte unter starken Schmerzen anzuschwellen. Die Schwellung reichte bis zum Auge und ging bis zum Halse herab. Es kam unter fieberhaften Delirien in 5 Tagen zum Tode. Dass es sich um Mumps handelte, schließt, abgesehen von den klinischen Erscheinungen, der Verf. aus der Epidemie, welche zu jener Zeit an dem Orte herrschte.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

107. Sitzung am Montag, den 12. Februar 1900, im Saale des Langenbeckhauses.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr Heintze: a. Spontanruptur des Ösophagus.

Die vorliegende Erkrankung ist nur selten. Sie trat auf im Anschlusse an eine Mahlzeit und hatte stets den Tod des Individuums zur Folge.

v. Ziemssen und Zenker geben als Ursache Ösophagomalakie an, die wieder ihren Grund hat in dem Regurgitiren pepsinreichen, sauren Mageninhaltes in die Speiseröhre. Bei den meisten davon Betroffenen wurde allerdings Potatorium konstatirt. Der von dem Vortr. beobachtete Pat. war ein 43jähriger Maurer, der nach dem Essen mit Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend erkrankt war, dabei kleinen Puls (140), kalte Extremitäten, Temperatursteigerung (38,9) zeigte und etwa 7 Stunden nach Beginn des Übelbefindens starb. Die Erkrankung machte den Eindruck eines perforirten Magengeschwürs; es fand sich aber bei der Sektion 6 cm oberhalb der Cardia eine longitudinale, 2 cm lange Perforation des Ösophagus, Magen intakt, linke Lunge kollabirt, im Pleuraraume Speisereste.

Das sonst immer beschriebene Emphysem fehlte hier.

b. Ruptura urethrae. Primäre Naht.

Der 30jährige Pat. (Arbeiter) war, mit Brettern beladen, auf einem schmalen Holzsteg ausgeglitten und auf den Damm aufgefallen.

Bei der Incision, im Krankenhause St. Hedwig, wurde eine mit Blutcoagulis erfüllte Höhle freigelegt, eine Zerreißung der Urethra mit 5 cm Distance der beiden Enden festgestellt. Vereinigung des centralen und peripheren Endes durch Etagennähte. Es ging zwar anfänglich eine geringe Menge Urin durch die Wunde ab, die Fistel schloss sich aber bald.



2) Herr Rotter: Ein Präparat von Polyposis recti.

Dasselbe stammt von einer Pat., über die R. in dieser Gesellschaft vor $1^1/_2$ Jahre bereits einmal berichtete.

R. hatte bei ihr ein Adenoma malignum recti exstirpirt, später wegen Recidivs eine Auskratzung vorgenommen. Die Pat. war dann $2^1/_2$ Jahre lang frei von allen Beschwerden gewesen. Später erschien sie wieder mit einem Tumor (Adenocarcinom) der rechten Beckenschaufel, der schließlich den Tod zur Folge hatte. Bei der Sektion zeigte sich eine bis ins Colon ascendens hinaufreichende Polyposis, die Polypen von verschiedenartiger Größe, bis zu Walnussgröße, aber gutartiger Natur. Der metastatische Tumor musste also von der Rectalgeschwulst ausgegangen sein.

Diskussion: Herr König: Bei der Seltenheit der eben erwähnten Krankheitsform hält es K. für angezeigt, über einen ähnlichen Fall zu berichten, der von v. Bergmann im Jahre 1894 operirt worden ist. Es war dies eine 43jährige Pat., die mit Invaginationserscheinungen und Darmvorfall erkrankte, und bei der zahlreiche Papillome aus dem Rectum entfernt werden. Es folgte 9 Jahre lang Wohlbefinden, dann trat Erschwerung des Stuhlganges mit Schleimabgang (kein Blut) auf; vom Rectum aus war ein Tumor mit harten zerfallenen Rändern (anscheinend ein Carcinom) fühlbar.

Bei der Resektion des Rectums fanden sich neben dem Haupttumor noch viele kleine, linsen- bis haselnussgroße, polypöse Tumoren vor. Pat. befindet sich zur Zeit auf dem Wege der Heilung. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Adenom, kein Carcinom.

3) Herr Stummel: Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie.

Pat., ein Postillon, war beim Fahren durch einen Thorweg mit dem vornübergebeugten Genick gegen die Decke gedrückt, als der Wagen über eine Holzschwelle wegrollte.

Er war sofort bewusstlos und, als er zu sich kam, an allen Extremitäten gelähmt. Fraktur oder Luxation eines Wirbels war nicht vorhanden.

Die Lähmung der linken Seite ging schon am Abend desselben Tages zurück, die rechte Pupille und rechte Lidspalte blieben noch eine Zeit lang verengert. Dem Sitz der Lähmung entsprechend muss die Blutung vom 6. Hals- bis 1. Brustwirbelsegment gereicht und in Anbetracht der leichten Sensibilitätsstörung das Hinterhorn mitgetroffen haben.

4) Herr Oppenheim: Beiträge zur topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten auf Grund im Hedwigs-Krankenhause gewonnener Beobachtungen.

Die Lokalisationslehre bietet in diagnostischer Hinsicht naturgemäß größeres Interesse als in therapeutischer Beziehung. Das illustriren die von dem Vortr. in den Bereich seiner Beobachtung gezogenen Fälle.

Ein 30jähriger Mann, welcher vor 2 Jahren auf den Hinterkopf gefallen war, litt an Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit, Sprachstörungen und Bewegungsstörungen in der rechten Körperseite. O. fand außerdem wenig entwickelte Neuritis optica, Sprachstörungen (Alexie, Agraphie) und Bewegungsstörungen der rechten Seite, die als Seelenlähmung bezeichnet zu werden pflegen — er »ignorirte« seine rechte Seite. Es bestand dazu Hemianästhesie der ganzen rechten Körperhälfte und Hemianopsia dextra.

Auf der linken Seite fand sich außer Erloschensein des Geruches nichts Krankhaftes.

Die Diagnose musste auf einen Tumor lauten, der seinen Sitz im linken Schläfenlappen hatte (bestimmend war die Aphasie), und zwar tief im Marke desselben, vielleicht schon bis zum Gyrus uncinatus vorgedrungen — mit Rücksicht auf die Anosmie.

Unter dieser Annahme war von einem operativen Eingriffe nichts zu hoffen. Da aber die Beschwerden zunahmen, wurde eine Eröffnung des Schädels über dem linken Schläfenlappen, mit Freilegung der Dura und Spaltung derselben vorgenommen.

Es wurde scheinbar gesundes Gehirn vorliegend vorgefunden, durch Punktion aber eine halbe Spritze Flüssigkeit, anscheinend aus einem Cystenraume, aspirirt. Nach der Operation stellte sich eine Déviation conjugée des Kopfes und der Augen nach links ein, die bald schwand; die Bewegungs- und Gefühlsstörungen der Extremitäten verloren sich, die Besserung hielt aber nur 2 Monate an. Es traten wiederum Krämpfe auf, ferner Aphasie, Benommensein, Koma, Tod.

Die Sektion ergab eine im linken Schläfenlappen liegende, das Mark durchsetzende und bis in die Centralganglien hineinreichende Geschwulst.

Demonstration der mikroskopischen Präparate mittels des Projektionsapparates des Langenbeckhauses.

Ein 35jähriger Webermeister war 1895 von Kopfschmerz und Fieber befallen gewesen, dazu kamen Bewusstlosigkeit und Krämpfe, später (1896) Zucken im linken Arme, Wahrnehmung von hellem Pfeifen vor dem linken Ohre, Bewegungsstörungen der linken Körperseite. 1898 fand der Vortr. an dem Kranken: Funktionsstörungen der linken Seite, die eine Hemiplegia sinistra hätten vortäuschen können; er musste aber schon jetzt wegen der progressiven Entstehung der Herderscheinungen die Diagnose auf Tumor cerebri stellen.

Gleichwohl wurde Jodkali und eine Schmierkur verordnet, die eine ca. 1 Jahr dauernde Besserung zur Folge hatten. Die Beschwerden steigerten sich aber wieder, und eine Neuritis optica wurde festgestellt. Man schritt zur Eröffnung des Schädels, die Dura wurde gespalten, der Tumor trat zu Tage; da er aber gelappt war, musste er wie eine Wurzel aus der Gehirnmasse ausgegraben werden. Dabei spritzte eine wässrige Flüssigkeit heraus. Es handelte sich um eine tuberkulöse Geschwulstbildung.

Die Operation hatte vorübergehende Besserung zur Folge, der Pat. starb aber an purulenter diffuser Meningitis.

Eine weitere Beobachtung betraf einen 33jährigen Diener, der ebenfalls die Erscheinungen eines Tumor cerebri darbot. Er litt an Schwindel und Bewusstlosigkeit, vorübergehendem Wohlbefinden, Kopfschmerzen mit Erbrechen, völliger Erblindung. Der Vortr. fand bei ihm Nystagmus, Prominenz der Bulbi, Stauungspapille, doppelseitige Anosmie, Fehlen des Kniephänomens. Die Diagnose lautete jetzt auf Tumor cerebelli oder erworbenen Hydrocephalus. Die Lumbalpunktion ergab keinen Tropfen Flüssigkeit.

Erst jetzt erfuhr O., dass zuvor schon eine Hemianopsia sinistra konstatirt worden sei, die die Vermuthung eines Tumor cerebri wahrscheinlich machte. Pat. starb einige Wochen später. Die Geschwulst ergab eine vom Praecuneus ausgehende, dem Kleinhirn aufliegende, dieses komprimirende Geschwulst.

Ein vierter von ihm beobachteter Fall bot folgendes Krankheitsbild: Seit Monaten Kopfschmerzen, Doppeltsehen, Schwindelanfälle, doppelseitige Stauungspapille.

Da die Pat. früher an Mammacarcinom operirt worden war, lag die Wahrscheinlichkeit nahe, dass ein Tumor cerebri (Carcinom) vorliege. Sie starb im Koma. Bei der Sektion fand sich ein Tumor in der Kleinhirnhemisphäre sitzend, in der Großhirnsubstanz war nichts Krankhaftes zu finden.

Eine andere Pat., welche wegen eines otitischen Abscesses im linken Schläfenlappen operirt worden war, aber niemals Herderscheinungen gezeigt hatte, obwohl zur Auffindung des Abscesses mehrere Centimeter tief mit der Sonde eingegangen werden musste, befand sich 2 Monate lang nach der Operation wohl, starb aber danach an Meningitis. Der Abscess hatte im Gyrus occipito-temporalis gelegen.

Bei einem wegen chronischer Eiterung der Highmorshöhle operirten Pat. zeigte sich vorübergehend Aphasie, die, wie sich herausstellte, durch den Verband (Jodoformgazestreifen) verursacht wurde.

5) Herr Rotter: Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityphlitis.

Im Gefolge von Perityphlitis sich etablirende Eiterungen finden sich naturgemäß am häufigsten an der rechten Beckenschaufel, relativ häufig auch im Cavum Douglasii.



Bei 132 operirten Fällen lag der Eiterherd 83mal an der rechten Beckenschaufel, 41mal im Douglas, und zwar war in 21 Fällen dieser Abscess »solitär«. In den anderen Fällen ragte er über die Symphyse hervor oder stand in Zusammenhang mit einem Abscesse der Beckenschaufel.

Douglasabscesse können entstehen durch Perforation des Processus vermiformis, wobei das Infektionsmaterial in die freie Bauchhöhle ausfließt und sich herabsenkt, oder ein in Folge akuter circumscripter Peritonitis entstehendes seröses Exsudat senkt sich nach dem Douglas, kapselt sich ab und wird dort erst sekundär vom Darme aus inficirt.

Diese Abscesse machen, wenn sie Theilerscheinungen schwerer Peritonitis sind, keine besonderen Erscheinungen, in vielen Fällen jedoch verursachen sie bedeutende Auftreibung des Leibes mit Ileuserscheinungen, da sie, als Tumor wirkend, den Darm komprimiren. Zuweilen beherrschen sie unter dem Bilde einer akuten Proktitis das ganze Krankheitsbild und sind per rectum als Tumor fühlbar.

Sie sind in der Regel per rectum leicht zu diagnosticiren, man fühlt sie oberhalb der Prostata als starke Vorwölbung, eine Probepunktion, die ganz ungefährlich ist, sichert die Diagnose.

Es ist empfehlenswerth, diese Abscesse nicht vom Damme aus zu spalten, weil dabei großer Blutverlust auftritt, oft auch der Abscess so hoch liegt, dass er mit dem Finger nicht erreicht werden kann, sondern vom Mastdarme aus. R. bedient sich zu diesem Zwecke einer Punktionsnadel mit Schutzhülse, aspirirt mit einer Spritze und führt der Schutzhülse entlang ein zangenförmiges Instrument, dessen Branchen er aus einander sperrt. Er erachtet es nicht für nöthig, einen Drain einzuführen. Koth dringt in die Wunde nicht ein, da sich eine Art Klappenmechanismus bildet. In dieser Weise operirte er 15mal, 12 Männer, 3 Mädchen; 9mal operirte er, bei Frauen, von der Scheide aus. Es ist indess vielleicht besser, auch bei Frauen nicht von der Scheide, sondern vom Mastdarme aus zu operiren.

6) Derselbe: Über entzündliche Strikturen der Flexura sigmoidea.

Strikturen des Colon sigmoideum sind nicht sehr häufig; sie werden verursacht in der Regel durch tuberkulöse, gonorrhoische, luetische und dysenterische Processe. Mitunter liegt die Ursache auch in einer Erkrankung des subserösen Bindegewebes; so fand R. einmal eine Verklebung des Rectum mit dem Darme und dem Processus vermiformis; Bildung eines Abscesses und Perforation desselben in den Darm mit Fistelbildung. Einmal fand er die Striktur bedingt durch einen Abscess zwischen den beiden Mesenterialblättern des S romanum; außerdem können auch falsche Divertikel zu Kothverhaltung, Abscessbildung und Strikturbildung die Veranlassung geben, wie R. mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte.

Sarfert (Berlin).

---

16) **Suter, Veillon und Hägler.** Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik des Spitals in Basel 1898.

Basel, **Werner-Riehm,** 1899.

Aus dem vorliegenden Jahresbericht ist hervorzuheben:

1 Fall von traumatischer Meningocele (Spuria). Im rechten Os parietale oberhalb des Ohres eine 7 cm lange, rinnenförmige Vertiefung des Knochens, durch einen Defekt entstanden. Abtragung der den letzteren umgebenden Knochenränder und Excision des die Rinne ausfüllenden Narbengewebes. Heilung.

Ausheilung eines 2faustgroßen angeborenen Lymphangioms des Halses bei einem 7jährigen Pat., in Folge rasch entstandener Abscedirung. 37 operativ behandelte Kröpfe: 19mal Enukleation, 13mal Exstirpation einzelner Lappen, 4mal Resektion mit Enukleation, 1mal totale Exstirpation; in 8 Fällen Chloroformnarkose, in 29 Cocainanästhesie mittels kutaner und subkutaner Injektion einer 1%igen Lösung. Die Unterbindungen und tieferen Nähte wurden meistens mit Seide gemacht. 29mal primäre Heilung, 5mal nachträgliche Abscedirung.

Erfolgreiche, totale Kehlkopfexstirpation bei einem 66jährigen Pat. wegen Carcinoms.

Fraktur des 6. Halswirbels mit ausgedehnten Lähmungen; nach Heilung der Fraktur allmählicher Rückgang der Lähmungen. Verrenkung des 5. Halswirbels; in Äthernarkose spontane Reposition im Excitationsstadium.

15 Fälle von Appendicitis. 13 hiervon operativ behandelt; 3 während des Anfalles, 10 in fieberfreiem Intervall, 8mal Entfernung des Wurmfortsatzes; tödlicher Ausgang eines nahezu moribunden Pat. Nur in wenigen Fällen Kothsteine u. A. im Wurmfortsatze, mehrmals geschwürige Processe, des öfteren normale oder wenig gewulstete Schleimhaut. Einmal hinter dem stark adhärenten Blinddarm eine haselnussgroße Höhle mit freien Kothsteinen, der Wurmfortsatz hier wie in zwei anderen Fällen nicht zu entwickeln.

14 Carcinome des Magens, 4mal Gastroenterostomose, 4mal Resektion. Schließliche Erfolge durchwegs unbefriedigend. Zu erwähnen ist ein Carcinom bei einem 15 Jahre alten Knaben. Zuerst Vornahme der Gastro-Jejunostomose, 5 Wochen später Resectio pylori. Vollständige Genesung nach der Operation, mehrere Monate nachher große Metastasen in der Leber. 71 Hernien, meist operirt. Operation der Leistenhernien zumeist nach Kocher, außerdem nach Bassini und Czerny; zur Ligatur wurde meist Katgut verwendet, zur Narkose Äther. — 8 Prostatahypertrophien; von diesen wurden fünf mittels galvanokaustischer Incision nach Bottini behandelt, nur in einem Falle ein erkennbarer, guter Erfolg; die übrigen ließen in Bezug auf Besserung bezw. Heilung zu wünschen übrig.

Ein Fall von traumatischer Radiuslähmung bei einem 16jährigen Pat., Trauma vor 3 Monaten. Zwischen mittlerem und unterem Oberarmdrittel war der Radius bis in der Länge von $1^1/_2$ cm verdünnt und im Narbengewebe eingewachsen. Exstirpation des afficirten Stückes, Katgutnaht der Stümpfe. Heilung der consecutiven Lähmungen.

Ein Fall von septischer Phlegmone des rechten Fußes und Unterschenkels bei einem 12jährigen Knaben; tödlicher Ausgang; bei der Sektion Auffinden einer 3 cm langen Nadel unter dem Calcaneus; weder der Knabe noch dessen Angehörige wussten von dem Eindringen jener.

Plötzlicher Tod durch Embolie der Lungenarterie bei einer 30jährigen, an Varicen beider Beine leidenden Gravida.

Behandlung einer Coxa vara bei einer 17 Jahre alten Pat. mittels Gewichtsextension mäßig erfolgreich zu verzeichnen: »Geringere Schmerzhaftigkeit, Flexion und Innenrotation im Hüftgelenke in höheren Graden möglich; Adduktionskontraktur verschwunden«.

27jähriger Fuhrmann erlitt durch Überfahrenwerden von einem Wagen u. A. am linken Ellbogen Kontusionen. Entfernung der gequetschten Gewebspartien, Auffinden virulenter Tetanusbacillen in diesen Partien. Prophylaktische Impfung mit Tetanusheilserum.

Die Gelenktuberkulosen der verschiedenen Körpergegenden wurden im Allgemeinen, so weit als thunlich, exspektativ behandelt — immobilisirende Verbände, Jodoformölinjektionen, Bier'sche Stauung. — (Von der letztgenannten Behandlungsweise hat man im Allgemeinen wenig dauernde Erfolge gesehen Ref.)

Zur Narkose wurde zumeist Äther verwendet, nur bei Kindern oder in Fällen, wo eine Kontraindikation für den Äther vorhanden war, wurde Chloroform gebraucht. Ein Todesfall mit Äther kam bei einem schon vor der Operation sehr heruntergekommenen Manne während der Narkose, ein zweiter 2 Stunden nach der Operation eines eingeklemmten Bruches bei einer 68 Jahre alten, sehr dekrepiden Frau vor. Ein Chloroformtodesfall ist nach Verbrauch von 13 ccm bei einem 40jährigen Pat. zu verzeichnen.

Bromäthyl wurde weniger als früher verwendet; dagegen ist die bisher scheinbar bestandene Abneigung gegen die Cocainanästhesie einer ausgiebigen Anwendung derselben gewichen. **Kronacher** (München).

17) **Schotze** (Mainz). Über fahrbare Krankentragen mit Vorstellung eines neuen Systems.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 12. p. 662.)

18) **Derselbe**. Eine neue Hilfsbahre für Kranke zum Fahren und Tragen.

(Das rothe Kreuz 1900. No. 4.)

In No. 1 wird eine neue Krankentrage erläutert und abgebildet, welche zum Fahren und Tragen eingerichtet ist. Das Rad kann nach der unteren Seite der Trage umgeklappt werden, und zwar mittels zweier verschiedener Einrichtungen, deren eine etwas komplicirter und selbstthätig ist, während die zweite weniger komplicirt ist und einen besonderen Mann zur Bedienung erfordert. Das Fortschaffen Verwundeter soll erheblich rascher von statten gehen und erfordert zugleich 1—2 Mann pro Trage weniger als mit der gewöhnlichen Trage. Die Fahrradfabrik von Giese & Co. in Offenbach a/M. hat die Vorrichtung hergestellt und S. sie praktisch erprobt. Außer der Ersparnis an Zeit und Bedienungsmannschaft soll der einrädrigen Fahrbahre im Gelände vor der zweirädrigen entschieden der Vorzug gebühren und der bei ähnlichen bisherigen Konstruktionen noch vorhandene Fehler mangelnder Stetigkeit in dem hier empfohlenen Modell glücklich vermieden sein. Ähnlich ist die im zweiten Aufsatze beschriebene neue »Hilfsbahre« welche, aus Stahlröhren von der Nürnberger Velocipedfabrik Herkules dargestellt, noch etwas leichter ist, als die erste, nämlich 15 kg gegen etwa 20 kg wiegt und einschließlich Pneumatik 125 ℳ kostet. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

19) **A. Köhler** (Berlin). Mittheilungen aus der Unfallabtheilung im königl. Charité-Krankenhause.

(Charité-Annalen Bd. XXIV. p. 387.)

Die Schwierigkeiten, welche der böse Wille der Unfallkranken einer erfolgreichen Behandlung mit medico-mechanischen Apparaten entgegengestellt, würdigt K. in ausführlicher und überzeugender Art. Dagegen wird an der Hand von 2 Fällen erläutert, wie viel bei gutem Willen des Kranken geleistet werden kann. Beide Male handelte es sich um ankylotische Kniegelenke, welche allmählich zu mobilisiren gelang. Im Ganzen wurden mit medico-mechanischen Hilfsmitteln 205 Kranke mit mehr oder minder günstigem Erfolge behandelt.

Lühe (Königsberg i/Pr.)

20) **Sander**. Chirurgische Eingriffe bei Hysterie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 36.)

S. berichtet über 2 in der Frankfurter Irrenanstalt beobachtete Fälle von Hysterie, welche verschiedentlich wegen Vortäuschung schwerer organischer Erkrankungen Operationen unterzogen worden waren.

In dem 1. Falle handelte es sich um einen 23jährigen Mann, der an Meteorismus, Erbrechen, Hyperästhesien und hysterischen Anfällen litt.

Wegen Annahme einer Appendicitis wurde er im städtischen Krankenhause zu F. einer Laparotomie unterzogen, die einen völlig negativen Befund ergab. Später, da die Erscheinungen nur vorübergehend nachließen, abermals Vornahme der Laparotomie, bei der ein vom Colon ascendens zum Colon transversum hinüberziehender flächenhafter Strang durchtrennt wird. Dennoch trat keinerlei Besserung ein. Die hysterischen Symptome wurden vielmehr evidenter.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 24jähriges Mädchen, das an Meteorismus, Erbrechen, Ovarialgie, hysterischer Coxalgie, Sensibilitätsstörungen, hysterischen Anfällen litt; es bestand künstliches Erythem, Vortäuschung von Fieber und Urinverhaltung.

Nachdem eine Zeit lang schwere, ein Geschwür vortäuschende Magensymptome bestanden hatten, wurde im städtischen Krankenhause in W. auf die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Perityphlitis acuta hin die erste Laparotomie unternommen,

wobei die Blase stark ausgedehnt und seitlich verlagert gefunden wurde. Als die Schmerzen in der Ileocoecalgegend und das Erbrechen nicht nachließen, wurde abermals laparotomirt, indess mit völlig negativem Befunde.

Nach einiger Zeit wird in einem anderen Krankenhause auf die Erscheinungen schwerer akuter Perforationsperitonitis hin, doch gleichfalls mit negativem Erfolge, eine Laparotomie gemacht. Auch die bei einer letzten 4. im Frankfurter städtischen Krankenhause vorgenommenen Entfernung des leicht injicirten Wurmfortsatzes hat keinen Erfolg. Leibschmerz, Erbrechen, hysterische Symptome bestanden weiter. Später erfolgte dann die Überführung in eine Irrenanstalt, wo allmählich Besserung der Beschwerden und der hochgradigen psychischen Symptome eintrat.

S. deutet die häufige Temperatursteigerung in diesem Falle als Folge der Obstipation oder als artificiell, die druckempfindliche Ileocoecalgegend als eine durch die vielen Untersuchungen mit bedingte hyperästhetische Zone. Die Diagnose der reinen Hysterie war im 2. Falle eine sehr schwere. Auffallend war besonders das Missverhältnis zwischen der Temperatursteigerung und der Pulsfrequenz. S. hält die richtige Diagnose vom Anfang an für schwer, aber nicht unmöglich.

»Das meist auffallende Missverhältniss zwischen dem relativ guten Allgemeinbefinden und den schweren lokalen Erscheinungen, der schnelle Wechsel der Symptome, namentlich im Meteorismus und Erbrechen, das schwere Krankheitsbild, das die Kranken häufig in Gegenwart des Arztes darbieten, im Gegensatz zu ihrem sonstigen Verhalten in der Abtheilung, das Missverhältnis zwischen Temperatursteigerung und Pulsfrequenz, die zahlreichen hysterischen Symptome weisen deutlich genug auf die Ätiologie dieser Zustände hin.«

S. betont dann noch besonders die Wichtigkeit des abortiven Erbrechens und des Meteorismus für die Diagnose der Hysterie.

Therapeutisch hält Verf. allein den Aufenthalt in geschlossener Anstalt für heilsam, wo das bewusste Ignoriren aller Klagen den besten Effekt hat. Dazu kommt eventuell suggestive Beeinflussung und Faradisation.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

21) Thöle (Magdeburg). Rechtsseitige Facialisparalyse und Hemiparese nach Mumps.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 12.)

An eine Parotitis schloss sich nicht nur eine vollständige rechtsseitige Gesichtslähmung, sondern auch eine nicht unerhebliche Schwäche der ganzen rechten Körperseite an. Letztere trat 4 Tage später als die Facialislähmung auf, welche sich bereits 6 Tage nach dem Beginne der Erkrankung und zu einer Zeit geltend machte, als die Entzündungserscheinungen an der Speicheldrüse selbst schon verschwunden und die Störungen des Allgemeinbefindens bereits gebessert waren. In umgekehrter Reihenfolge gingen die Lähmungen zurück, zuerst in etwa 4 Wochen die der Gliedmaßen, dann sehr langsam die des Gesichtes, welche sogar überhaupt nicht völlig beseitigt wurden. Es muss angenommen werden, dass die Erreger des Mumps durch den Fallopischen Kanal hindurch gedrungen, durch den Meatus acusticus internus in die Schädelhöhle eingedrungen sind und vorübergehend den Acusticus und an der linken Brückenseite die Pyramidenfasern geschädigt haben. Und zwar glaubt T. wegen der raschen Rückbildung, dass es sich dort nur um entzündliche Infiltration, nicht um Eiterherde gehandelt haben könne.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

22) Bulletin de la soc. Belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. IV. année.

Brüssel, 1899.

Der Bericht über die Versammlung vom Juni 1899 enthält eine Anzahl von Mittheilungen, die dem Chirurgen von Interesse sein dürften.

E. Delstanche berichtet über die Bedeutung der ophthalmoskopischen Untersuchung bei eitrigen Ohraffektionen. Er selbst hat keine Gelegenheit gehabt, intrakranielle Komplikationen der Otitis zu untersuchen, wohl aber eine Reihe von Erkrankungen des Warzenfortsatzes. Bei diesen hat er nie eine Veränderung am Augenhintergrunde konstatiren können. Dagegen findet er in den Angaben über 122 Fälle aus der Litteratur, dass unter 5 Fällen von extraduralem Abscesse 4 (80%), unter 59 Fällen von Sinusthrombose 36 (61%), unter 29 von Gehirnabscess 19 (66%), unter 2 Fällen von Kleinhirnabscess keiner ophthalmoskopisch erkennbare Veränderungen aufwies.

Béco zeigt die Abbildung und das Präparat eines gestielten, 45 mm langen Fibroms, das vom oberen Ende der linken Mandel ausging und mit der hypertrophischen, häufige Anginen veranlassenden Mandel zusammen exstirpirt wurde.

Laurent berichtet über die vor dem Os basilare liegenden retropharyngealen Lymphdrüsen und ferner über die Entwicklung des Antrum mastoideum und der Nebenhöhlen der Nase. Die nicht viel Neues ergebenden Mittheilungen eignen sich nicht für ein Referat.

Bayer berichtet über einen fast vollständigen Verschluss der Trachea. Der 30jährige Pat. war mit 3 oder 4 Jahren wegen Krup tracheotomirt worden, dann vollständig geheilt. Vor 7 Jahren luetische Infektion mit sekundären Symptomen, seit 3 Monten Heiserkeit und Athembeschwerden. Sehr schwere Dyspnoë mit starkem Stridor. Die Tracheotomienarbe geschwollen, im Kehlkopfe nichts Besonderes, unterhalb der Stimmbänder ein dem ersten Anschein nach narbiger Verschluss mit einer ganz kleinen runden Öffnung: er ist aber, wie sich bei Sondenuntersuchung ergiebt, mindestens theilweise veranlasst durch eine auf der Narbe sitzende Geschwulst aus dunkelrothem Granulationsgewebe. Auf Quecksilber rascher Rückgang der Erscheinungen; die Granulationsgeschwulst hat bedeutend abgenommen, und es zeigt sich, dass sie von der rechten Seite der Narbe ausgeht. Auch die äußere Narbe schwoll ab und wurde vollständig blass. $^1/_4$ Jahr später Gummata an der Zunge, desswegen Quecksilberbehandlung fortgesetzt.

Boland weist auf die Nützlichkeit einer Ohruntersuchung bei Verletzungen des Schädels hin: er hat z. B. bei einem von einer Basisfraktur geheilten Pat., bei dem noch Erscheinungen von Schwindel, Schwere im Kopfe und Nacken und einseitiger Taubheit fortbestanden, die als Reste der Verletzung gedeutet wurden, durch Beseitigung eines Cerumenpfropfes vollständige Heilung erzielt. Bei 3 anderen Fällen war eine Basisfissur hauptsächlich daraufhin diagnosticirt worden, dass eine Blutung aus dem Ohre aufgetreten war. Diese war aber veranlasst durch eine Fraktur der unteren Gehörgangswand in Folge des Anpralles des Unterkieferkopfes. In solchen Fällen kann nach Angabe des Autors durch Fixirung des Unterkiefers, sorgfältige Tamponade des Gehörganges und flüssige Ernährung den Pat. wesentlich genützt werden. In 4 anderen Fällen von richtigen Basisfissuren konstatirte B. die Perforation des Trommelfelles, einmal zusammen mit einer bedeutenden Dislokation der hinteren oberen Gehörgangswand. Bei 2 Fällen blieben dauernd Schwindelerscheinungen bestehen. Die Behandlung bestand einfach in aseptischem Verbande des Ohres, ohne Maßnahmen am Gehörgang.

Broeckaert sah bei einem 13jährigem Knaben in Folge einer stark vernachlässigten Otitis media eine sehr ausgedehnte Eiteransammlung unter der ganzen Kopfschwarte. Durch mehrere Incisionen hinter dem Ohre und in der Schläfengegend entleerte sich fast 1 Liter stinkenden Eiters. Am folgenden Tage, nachdem das Fieber bedeutend abgefallen war, Eröffnung des Warzenfortsatzes und Entfernung mehrerer Sequester, später auch eines großen Sequesters am Schläfenbein. Unerwartet glatte Heilung.

B. berichtet ferner, nachdem er einige Bemerkungen über Geschwülste des weichen Gaumens im Allgemeinen gemacht hat, über einen Fall von inoperablem Cancroid des Gaumens, das bei einem 33jährigen Manne sehr weit um sich gegriffen, zu zahlreichen Drüsenmetastasen und zu schwerer Kachexie Anlass gegeben hatte. In einem anderen Falle von Melanosarkom, das die Ausdehnung einer

halbirten Aprikose hatte und vom Gaumensegel bis zum Proc. alveolaris reichte, gelang ihm die Operation von der Mundöffnung aus mit Hilfe des Thermokauters. Die Geschwulst war nur im Centrum melanotisch, bestand im Übrigen aus großen Spindelzellen. Heilung nur einen Monat kontrollirt.

Jauquet betont die Wichtigkeit der Entfernung hypertrophischer Rachenmandeln bei kleinen Kindern und räth, die Operation nicht aufzuschieben. Er berichtet dabei u. A. über einen Fall, wo nach Eröffnung eines Retropharyngealabscesses die Athmung noch nicht frei wurde, und erst nach Beseitigung der Rachenmandel bei dem $5^1/_2$monatlichen Kinde ein befriedigender Zustand eintrat. Er nimmt an, dass der Abscess von einer Infektion der Rachenmandel seinen Ausgang genommen habe. In der Diskussion zu dem Vortrage empfehlen einige Redner die Anwendung verschiedener galvanokaustischer Instrumente für diese Operation, erfahren aber von anderen Seiten eifrigen Widerspruch.

J. berichtet ferner über eine Frau, die mit hochgradiger Dyspnoë und fast vollständiger Unfähigkeit zum Schlucken ins Hospital gekommen war, und die dort nach den verschiedensten Richtungen hin untersucht wurde, ehe man auf die Idee kam, den Kehlkopf zu untersuchen. Dabei stellte sich heraus, dass ein ganz großes, mit 5 Zähnen versehenes falsches Gebiss im Kehlkopfeingange lag. Dasselbe war während eines Ohnmachtsanfalles hinabgelangt, und da die Pat. noch bewusstlos ins Hospital gebracht war, hatte sie selbst keine Ahnung von dem Unfalle. Nach Beseitigung des Fremdkörpers sehr rasche Wiederherstellung der äußerst heruntergekommenen Pat.

Posthumus-Meyjes berichtet über eine 24jährige Dame, die seit ihrer Kindheit, noch mehr aber seit der Pubertät das Gefühl einer Kartoffel im Halse hatte. Eine halbkuglige Geschwulst von ungefähr 3 cm Durchmesser mit etwas dunkler roth gefärbter und von dicken Venen durchzogener Schleimhaut überkleidet, fand sich an der Zungenbasis. An der normalen Stelle der Schilddrüse konnte dieses Organ nicht nachgewiesen werden; schon desswegen, noch mehr aber wegen der Gefahr einer Blutung bei einer Operation, endlich, weil die Pat. jede Operation ablehnte, wurde keinerlei Eingriff vorgenommen, anscheinend auch keine Thyreoidinbehandlung eingeleitet.

Eine Zeichnung ist beigefügt.

Gevaert schildert den eigenthümlichen Verlauf eines Falles von Lymphosarkom, ausgegangen von der rechten Mandel. Der größte Theil der Geschwulst wurde mehrfach spontan nekrotisch und dann ausgestoßen; dasselbe geschah an der weiterhin ergriffenen Zungenmandel und Epiglottis; an Stelle der Nekrosen Narbenbildung, die Neubildung greift aber immer weiter um sich. Merkwürdigerweise ist nirgends von der Behandlung, speciell ob Arsenik dargereicht wurde, die Rede.

Kümmel (Breslau).

23) **Jolly** (Berlin). Ein Fall von Othämatom bei Syringomyelie.

(Charité-Annalen 1899. p. 536.)

Bekannt ist der Streit über traumatische oder nichttraumatische Entstehung der Othämatome bei Geisteskranken. Hier beschreibt J. einen Fall von Syringomyelie, in welchem neben den Zeichen dieser Krankheit Verbildung einer Ohrmuschel vorhanden war. Es bestand eine erhebliche unregelmäßige Verdickung des Ohrknorpels, von der adhärenten, blass gefärbten Haut straff überzogen, ganz entsprechend dem Befunde bei verheilten Othämatomen. Der Pat. gab an, dass er noch vor dem Auftreten der ersten Erscheinungen seiner Krankheit eines Morgens bemerkt habe, dass sein Ohr geschwollen und geröthet sei; in den nächsten Tagen habe die Anschwellung noch zugenommen, so dass die ganze Ohrmuschel ausgefüllt worden sei, ohne dass er aber Beschwerden gehabt habe. Allmählich sei dann Schrumpfung der Geschwulst eingetreten bis zum jetzigen Zustand.

J. nimmt an, dass es bei den besonderen Bedingungen, welche die Syringomyelie darbietet, anscheinend nur eines geringen, im Schlafe unbemerkt gebliebenen Traumas zur Entstehung des Othämatoms bedurft habe.

Lühe (Königsberg i/Pr.).



24) **Politzer.** Freilegung und Ausräumung des thrombosirten Sinus transversus mit Erfolg in 2 Fällen ausgeführt.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 47.)

Der 1. Fall betrifft einen 15jährigen Knaben, der seit 9 Jahren nach Masern beiderseitigen Ohrenfluss hat. Vor einigen Tagen Übelkeit, Erbrechen, Schwindel. Radikaloperation mit Körner'scher Plastik. Nach der Operation Rückgang der Erscheinungen, volle Rekonvalescenz bis zum 6. Tage. Pat. verfiel, Puls klein, Harnretention. Im hinteren oberen Abschnitte der Wundhöhle, entsprechend dem Sinus transversus, Eiter. Sofort in Narkose nach Entfernung der Nähte schichtweises Abtragen der Knochenlamelle über der Stelle, wo der Eiter hervorquoll. Es erscheint pulsirender Eiter unmittelbar am Sinus transversus, der nach auf- und abwärts in Ausdehnung von 4 cm frei gelegt wird. Dieser erscheint von missfarbigen Thromben erfüllt. Ausräumung. Jodoformgazetamponade. Heilung.

Der 2. Fall betrifft einen 24jährigen Pat., der seit Kindheit an rechtsseitigem Ohrenfluss litt, seit 8 Tagen an Kopf- und Nackenschmerz, Fieber und Schüttelfrost erkrankte. Bei der Operation zeigte sich eine starke Verlagerung des Sinus transversus, der nur durch eine dünne Knochenlamelle vom Lumen des knöchernen Gehörganges getrennt ist. Der freigelegte Sinus von jauchigem Eiter umspült, Sinuswand selbst von normalem Aussehen. Probeaspiration des Sinus liefert flüssiges Blut. Post operationem noch 2maliger Schüttelfrost mit metastatischem Abscess in der rechten Glutäalregion und Gelenkschmerzen. Heilung.

Nach P. wird der Sinus transversus ungleich häufiger bei chronischen als bei akuten Mittelohreiterungen ergriffen.

Die operative Freilegung des Sinus, von Zaufal 1880 empfohlen, hat sich in den letzten Jahren als eine der wichtigsten Operationen bei den folgenschweren Mittelohreiterungen erwiesen. Nach der bis 1896 reichenden Zusammenstellung Körner's über die von verschiedenen Operateuren publicirten Fälle von operirten otitischen Sinusaffektionen wurden von 78 Fällen 41 geheilt, 33 starben.

In den letzten 2 Jahren wurden in der Klinik P.'s 29 Fälle von otitischen Sinusaffektionen operirt, davon 15 an perisinuösem Abscess mit 10 geheilten und 5 tödlich verlaufenen Fällen und 14 Fälle mit Sinusthrombose, davon 7 geheilt und 7 gestorben. Unter letzteren war 1 Fall mit Meningitis, ein anderer mit Hirnabscess. Diese Resultate können daher im Hinblick auf den deletären Verlauf der otitischen Sinusaffektion vor der operativen Ära als glänzende bezeichnet werden. **Hübener** (Dresden).

25) **F. Kaijser.** Ett fall af coloboma faciei jemte några andra fall af missbildningar i ansigtet.

(Hygiea Bd. LXI. II. p. 577.)

Verf. giebt Beschreibung und Abbildung eines Falles der genannten seltenen Missbildung, in welchem er durch operative Eingriffe ein relativ leidliches kosmetisches Resultat errungen hat. Das linke Auge der 4 Tage alten Pat. lag $^1/_2$ cm tiefer als das rechte, das linke untere Lid fehlte völlig. Die Conjunctiva bulbi setzte sich an der unteren Fläche unmittelbar in die Nasenschleimhaut fort. Der Mund war 5 cm breit. In der oberen Lippe befand sich etwa 1 cm von dem linken Mundwinkel eine 2,5 cm breite, sich bis an das linke Auge erstreckende Spalte, so dass der laterale Theil der Lippe hier in den Canthus externus, der mediale in den Canthus internus überging. Der Gaumen war in seiner ganzen Länge 2 cm breit gespalten, und an dieser Strecke standen somit die beiden Nasenhöhlen in offener Verbindung mit dem Munde. Der linke Oberkiefer war nach außen gedreht, so dass der Gaumen sagittal stand. Die Mundwinkel erstreckten sich bis an die Masseteren. Wenn Pat. den Mund geschlossen hielt, lag die Zunge an der unteren Fläche des linken Auges, oft bedeckte sie die ganze Cornea. Das Kind konnte nicht saugen, sondern musste mit dem Löffel gefüttert werden.

Die Operation bestand hauptsächlich in Vernähung der lospräparirten und angefrischten Lippentheile. Versuche, die linke Kieferhälfte nach Infraktion richtig zu stellen, scheiterten. In einer 2. Sitzung gelang es Verf., die zuerst erreichten Resultate etwas zu verbessern. Weiteres müssen spätere Operationen bringen.

Anhangsweise berichtet Verf. über eine Doggnase, 12 Hasenscharten und 6 Uranoschisen, die er operirt hat. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

26) **W. C. Cahall** (Germantown, Pa.). Gangrenous stomatitis treated with antistreptococcus serum.

(Philadelphia med. journ. 1900. Februar 17.)

Im Anschlusse an Typhus entwickelte sich bei einem 7jährigen, herabgekommenen Knaben eine vom Mundwinkel ausgehende Gangrän der linken Wange, die trotz Ätzens und Ausschabens unter rapidem Fortschreiten zur Perforation der Wange und Lockerung der Zähne führte. Auch die Entfernung der kranken Weichtheile im Gesunden, mit dem Messer Abtragung des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers, eben so Wegnahme des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers sammt Antrum bis zur Orbita hatte nicht den erhofften Erfolg. Nach einer Woche schon setzte der gangränöse Process wieder ein. C. entschloss sich jetzt zu einer versuchsweisen Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum (was für welches? Ref.), und schon nach 12 Stunden begann die Gangrän stillzustehen, nach 24 Stunden war sie ganz verschwunden. Zur größeren Sicherheit wurde dieselbe Dosis noch einmal injicirt. Nach schneller Rekonvalescenz konnten dann die Defekte plastisch gedeckt werden (Photogramme).

Es folgt eine eingehende Übersicht über die bei Noma gemachten bakteriologischen Befunde. Aus dem häufigen Befunde von Streptococcus rechtfertigt Verf. den Versuch einer Injektion mit Antistreptokokkenserum, der in diesem Falle ein glänzendes Resultat ergab. Bedauerlicherweise fehlt von dem mitgetheilten Falle selbst eine bakteriologische Untersuchung.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

27) **G. Killian** (Freiburg i/Br.). Über einen Fall von akuter Perichondritis und Periostitis der Nasenscheidewand dentalen Ursprunges.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. Nr. 5.)

In dem Falle war die sehr ausgedehnte und unter schweren akuten Erscheinungen verlaufene eitrige Septumaffektion von einer eiternden Zahnwurzelcyste, die sich bis zur Nasenscheidewand erstreckte, ausgegangen.

Kramer (Glogau).

28) **C. B. Gamble** and **L. M. Tiffany**. Foreign body, chisel, imbedded in the naso-pharynx and posterior pharyngeal wall.

(Philadelphia med. journ. 1900. Januar.)

Seltener Fall von Maschinenverletzung. Beim Arbeiten an einer Maschine, an der 2 Meißel mit großer Geschwindigkeit (3200 Umdrehungen pro Minute) rotirten, wurde einer der Meißel ($4^1/_2$ Zoll engl. lang) durch Bruch der Maschine dem Arbeiter ins Gesicht geschleudert. Er traf mit der Schärfe gegen das rechte Nasenbein, rechten Supraorbitalrand und den rechten Bulbus und senkte sich dann durch den Oberkiefer abwärts bis zum 5. Halswirbel. Das obere Ende ragte 1 Zoll (engl.) über den Nasenboden und stemmte sich gegen das rechte Gaumenbein. Der ausführlichen Beschreibung des Falles ist ein Skiagramm beigegeben, welches die Lage des Meißels gut illustrirt. Es gelang, nach vorheriger Tracheotomie, den Fremdkörper auf operativem Wege zu entfernen. Pat. genas.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).



29) W. J. Melardie. Spasmodic closure of the larynx during the administration of ether.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 20.)

Bei einem 16jährigen, schlecht genährten und sehr nervösen Jungen, welcher an einer Mitralstenose litt, wurde, nachdem die Narkose mittels Lachgases eingeleitet war, Äther verabfolgt. Als die Cornealreflexe nahezu erloschen waren, trat plötzlich ohne irgend welche vorhergehenden Symptome starke Cyanose ein. Die Athembewegungen und die Herzthätigkeit zeigten keine Störungen. Der in den Mund eingeführte Finger konstatirte einen krampfhaften Stimmritzenkrampf. Der Krampf ließ nach kurzem Druck des Fingers nach. Die Narkose wurde dann durch A. C. E. Mischung zu Ende geführt.

Es könnte sich hier um eine Wirkung der Ätherdämpfe in gewisser Koncentration handeln, oder aber darum, dass ein Schleimpfropf plötzlich aspirirt worden sei, der dann seinerseits den Krampf des Kehlkopfes hervorgerufen habe. Verf. giebt der ersteren Auffassung den Vorzug. **Weiss** (Düsseldorf).

30) Slawyk (Berlin). Zur Statistik der diphtherischen Kehlkopferkrankungen. (Aus der Kinderklinik, II.)

(Charité-Annalen Jahrg. XXIV.)

Vom 1. Oktober 1894 bis 31. December 1898 wurden 702 Kinder in die Diphtherie-Abtheilung aufgenommen; von diesen hatten 254 = 36,2% Kehlkopferkrankungen und wurden 146 = 57,5% der Krupkranken und 20,8% der Diphtheriekranken operirt, starben von den Operirten 61 = 41,8%. Unter den mit Intubation behandelten 127 Kindern starben 48 = 37,8%; doch wurde bei 39 = 31,5% die sekundäre Tracheotomie nöthig, wovon ein sehr hoher Procentsatz, nämlich 27 = 69,2% noch starben, während von den 88 (69%) nur Intubirten 21 (23,9%) verloren gingen. Auch die 19 primären Tracheotomien hatten eine sehr hohe Sterblichkeit, 13 = 68,4%, so dass es mithin für die Todesrate der Tracheotomie keinen wesentlichen Unterschied machte, ob vorher intubirt worden war oder nicht; naturgemäß wurden der blutigen Operation nur die schwersten Fälle unterworfen. Die Sterblichkeit unter allen Krupkranken betrug 30,7%, unter allen Diphtheriekranken 13,8%, und machen die Todesfälle bei den Krupkranken überhaupt 72,2% aller an Diphtherie Gestorbenen aus.

Nicht unbedeutend erwies sich der Erfolg der Serumbehandlung bei den Krupkranken. In einem gleichen Zeitraume mussten von 415 Diphtheriekranken ohne Serumbehandlung 175 = 42,0% operirt werden gegenüber den 20,8% der mit Serum behandelten Reste, und von den Operirten starben 78% gegenüber 41,8%, wahrlich ein wesentlicher Unterschied. Während sich ferner in den beiden Zeiträumen weder in dem Zeitpunkte des Decanulements noch in der Zahl der zurückbleibenden Trachealstenosen wesentliche Unterschiede zeigten, ist es sehr auffallend und wichtig, dass bei Serumbehandlung niemals nach Beginn derselben noch Krup auftrat und zur Operation zwang. Dagegen war in dem Zeitraume ohne Serumbehandlung noch bei 15,4% aller Operirten die Kehlkopferkrankung nach Einleitung der Behandlung in die Erscheinung getreten.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

31) E. Louys. Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes larynges branchiogènes.

(Revue de chir. 1899. No. 12.)

Veranlassung zu der Arbeit, in welcher die im Kehlkopfe vorkommenden verschiedenen Arten von Cysten besprochen werden, hat ein im Kummer'schen Hospitale zur Beobachtung gelangter und genau untersuchter Fall einer wahrscheinlich branchiogenen Kehlkopfcyste gegeben. Derselbe betraf eine 49jährige Frau, welche an einer an der Stelle des falschen Stimmbandes und der Ventrikulartasche sitzenden Geschwulst litt, die von Kummer 18 Tage nach dem Luftröhrenschnitte durch Laryngotomie entfernt wurde. Sie war von normaler Schleimhaut

bedeckt, 3 cm lang, bis 1 cm breit, enthielt eine braunschwärzliche gelatinöse Flüssigkeit, hatte eine glatte Innenwand und einen nach dem großen Zungenbeinhorn laufenden Stiel. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die Charaktere der Halscysten embryonären Ursprunges und an einer Stelle der Wand Knorpelgewebe eingesprengt, ein Befund, der L. die Cyste als branchiogene auffassen lässt.

Im Anschlusse an diese interessante Beobachtung bespricht Verf. eingehend die Entstehung der embryonären Cysten des Kehlkopfes und im weiteren die klinischen Erscheinungen und Behandlung der in Rede stehenden Geschwülste.

Kramer (Glogau).

32) **Wassermann** (Berlin). Zur Kasuistik der Sternalfrakturen und der Kontusionserkrankungen der Lunge.

(Charité-Annalen Jahrg. XXIV. Hft. 5. p. 184.)

Mittheilung eines Falles, der in mehrfacher Hinsicht unser Interesse in Anspruch nimmt. Ein junger Mann von 24 Jahren, welcher vor 1 Jahre in einem Krankenhause an Bluthusten und Phthisis incipiens behandelt und bis zur völligen Erwerbsfähigkeit gebessert war, war bei einer Schlägerei auf die Erde geworfen und auf die Brust getreten worden. Hierdurch hatte er einen Bruch des Brustbeines mit starker Lungenblutung, mithin auch Verletzung der Lunge und des Brustfelles erlitten; dazu trat eine typische krupöse Pneumonie im linken Unterlappen, welche kritisch endete mit unverzögerter Lösung des Infiltrates. Während dieser Zeit aber trat zugleich eine Verschlimmerung der latent gewesenen Phthise ein, welche nicht nur zum Zerfalle der früher erkrankten linken Lungenspitze, sondern auch zur Ausbreitung der Tuberkulose auf die bisher gesunde rechte Lunge und zu allgemeiner Miliartuberkulose mit tödlichem Ausgange führte. Dass dieser eine Folge der erlittenen Verletzung war, dürfte unzweifelhaft sein, und ist dieser Zusammenhang von hoher praktischer Bedeutung für die Beurtheilung von Unfallfolgen, während die gleichzeitige Infektion mit Pneumokokken und Tuberkelbacillen bei der durch die Blutung erwiesenen Lungenverletzung des theoretischen Interesses nicht entbehrt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

33) **Linser.** Über einen Fall von kongenitalem Lungenadenom.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 281.)

Bei einem 13jährigen Knaben, welcher während des Lebens Erscheinungen einer linksseitigen Pleuritis mit Verdrängung des Herzens, starker Dyspnoë, Skoliose der Wirbelsäule darbot und 2 Monate nach Beginn seines Leidens demselben erlag, fand sich eine die linke Pleurahöhle und die Gegend des Mediastinum bis zum Jugulum hinauf einnehmende weiche Geschwulst von knolliger, grobhöckriger Beschaffenheit, trüb braungelber, theilweise röthlicher Farbe, welche die linke Lunge in den Pleurasinus, das Herz nach rechts verdrängt hatte. Mikroskopisch hatte die Geschwulst lobulären Bau, ein sehr kernreiches, fast sarkomatös zu bezeichnendes Stroma, welch letzteres neben kleinen Knorpelinseln und Bündeln von glatter Muskulatur epitheliale, drüsen- und cystenähnliche Hohlräume, ausgekleidet mit meist ein- oder mehrschichtigem Cylinderepithel, so wie, aber seltener, mit geschichtetem Plattenepithel einschloss. Der Vergleich mit Lungen aus frühen, embryonalen Stadien ergab eine wesentliche Stütze für die Ableitung der Geschwulst von embryonalem Lungengewebe, so dass die vorliegende Geschwulst als ein Adenom der Lunge, vielleicht mit sarkomatösem Charakter wegen der starken Entwicklung des Stromas und seines raschen Wachsthums, aufgefasst werden muss.

F. Pels Leusden (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 14. April.** **1900.**

Inhalt:

XXIX. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

„Kopfklammer" zur raschen und sicher sitzenden Einhüllung des Kopfes mit steriler Verbandgaze bei aseptischen Operationen, bei der Krankenpflege und bei der Desinfektion von Wohnräumen.

Von

Prof. Dr. **Karl Schuchardt** in Stettin.

Über die Nothwendigkeit, bei der aseptischen Wundbehandlung möglichst viele uns erkennbare Fehlerquellen auszuschalten, kann keine Meinungsverschiedenheit bestehen. Es ist desshalb eine logische Forderung, insbesondere bei den aseptischen Operationen, das Kostüm des Operateurs und seiner Assistenten, so wie derjenigen Gehilfen, welche die keimfrei gemachten Instrumente und das Verbandmaterial vorbereiten und zureichen, so einzurichten, dass eine Verunreinigung des Materiales und der sterilisirten Hände und Vorderarme durch unbeabsichtigtes oder unbemerktes Berühren nicht keimfreier Körpertheile oder Bekleidungsstücke ausgeschlossen ist. Der Einwand, dass bei einiger Vorsicht solche Berührungen vermieden werden müssten, kann nicht als stichhaltig anerkannt werden; denn wenn die Beobachtung in praxi auf diesen Punkt gerichtet wird, entdeckt man mancherlei derartige Sünden gegen die Asepsis, besonders wenn es sich um ein größeres, nicht so leicht zu kontrollirendes Personal handelt. Aus diesen Gründen lassen wohl die meisten Chirurgen zumal bei den aseptischen Operationen die Betheiligten sterilisirte Überkleider anziehen und den Körper des zu Operirenden so weit in sterile Tücher oder Laken einhüllen, dass nur der zu operirende Körpertheil frei bleibt.

Auf die sterile Einhüllung des Halses und Kopfes des bei der Operation beschäftigten Personales wird dagegen bis jetzt noch nicht allgemein die genügende Rücksicht genommen, obgleich doch gerade diese Körpertheile der Wunde fast eben so nahe kommen als die Hände, und obgleich schon von verschiedenen Seiten mit Recht darauf hingewiesen wurde, dass insbesondere durch die Bart- und Kopfhaare eine bedenkliche Fehlerquelle für die Asepsis entstehen kann, indem mit Keimen behaftete Haare oder Epidermisschuppen in das Operationsfeld oder das Verbandmaterial hineinfallen, oder indem eine unbeabsichtigte Berührung der Hände, Instrumente oder des Verbandmateriales mit den genannten Theilen und dadurch eine Verschleppung von Keimen stattfindet.

Auf eine besondere Gefahr hat neuerdings v. Mikulicz, gestützt auf Untersuchungen aus Flügge's Institut, aufmerksam gemacht, nämlich auf die Verschleppung von Bakterien in Form feinster Tröpfchen durch die Exspirationsluft aus Mund- und Nasen-

höhlen des bei der Operation beschäftigten Personales. Es wurde bakteriologisch nachgewiesen, dass das Sprechen bei Operationen, das instinktiv schon von Vielen aufgegeben oder wenigstens möglichst eingeschränkt worden war, in der That ohne Schutzvorrichtungen eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle der Asepsis darstellt.

Wenn nun diesen allseitig als richtig anerkannten Thatsachen die Mehrzahl der Chirurgen und Gynäkologen in der Praxis nicht Rechnung trägt und noch immer ohne Kopfschutz operirt, so liegt dies wohl zum großen Theile daran, dass die bisher empfohlenen Masken[1], Mundbinden, Barttaschen, Kopfkappen, Kapuzen etc. ihren Zweck nicht vollkommen genug erfüllen, um die mit dem Tragen dieser Vorrichtungen verbundenen Unbequemlichkeiten zu rechtfertigen.

Ein Vergleich der Hübener'schen Abbildungen mit dem von mir empfohlenen Kopfschutze ergiebt, dass dort zwar Mund- und Nasenöffnungen geschützt sind; um die Kopfhaare zu verdecken und nöthigenfalls einen langen Vollbart zu bändigen, bedarf es aber außerdem noch einer Operationsmütze und eines Bartschleiers. Mit diesen recht komplicirten Vorrichtungen wird, glaube ich, noch immer kein so sicherer Kopfschutz erreicht, wie mit meiner sehr viel einfacheren Methode. Hierzu kommen noch 2 weitere Umstände, die den Hübener-v. Mikulicz'schen Vorschlägen im Wege stehen, einmal die Belästigung durch die Drahtmaske, die namentlich für Jeden, der nicht das Tragen einer Brille gewöhnt ist, auf die Dauer unerträglich ist, ferner die Nothwendigkeit, die Drahtgestelle, Operationsmützen etc. nach der Kopfform jedes Einzelnen abzupassen, was bei großem Personale kaum durchführbar ist.

Aus diesen Gründen habe ich die Drahtmasken, mit denen ich nach v. Mikulicz' Veröffentlichung[2] einige Zeit gearbeitet hatte, aufgegeben und mich bemüht, Kopf und Hals einfach mit entsprechend zugeschnittenen Streifen gewöhnlicher Verbandgaze einzuwickeln. Jedoch scheiterten diese Versuche Anfangs, weil die Gazestreifen sehr bald wieder abrutschten, selbst wenn sie so fest angelegt wurden, dass eine erhebliche Belästigung dadurch eintrat. Erst als ich die gleich zu beschreibende kleine Vorrichtung anwendete, gelangte ich zu einer überraschend schnell anzulegenden und für Jedermann bequem und sicher sitzenden Kopfeinhüllung. Der hierzu nöthige kleine Apparat[3] besteht aus einem schwach federnden, 2 cm breiten, kreisförmig gebogenen Metallbande, für Stirn und Hinterhaupt mit je einer querovalen Platte versehen, das an seiner hinteren Hälfte außen einen Knopf trägt und nach Art eines Stirnreflektors am Kopfe

---

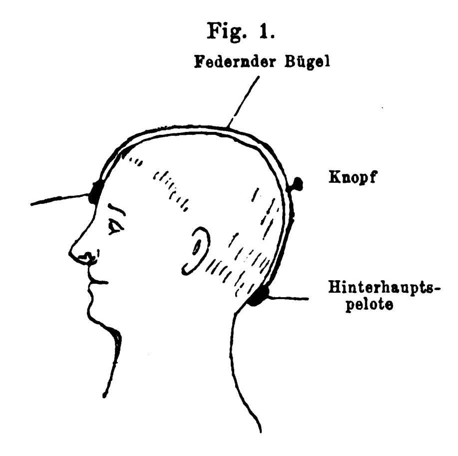
[1] Hübener, Über die Rolle des Bartes als Infektionsträger bei aseptischen Operationen. (Aus v. Mikulicz' Klinik.) Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 11.

[2] Über die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXVII. Kongress 1898. Bd. II. p. 1.

[3] Zu beziehen durch F. und M. Lautenschläger, Berlin N, Oranienburger Straße 54. D. R. G. M.

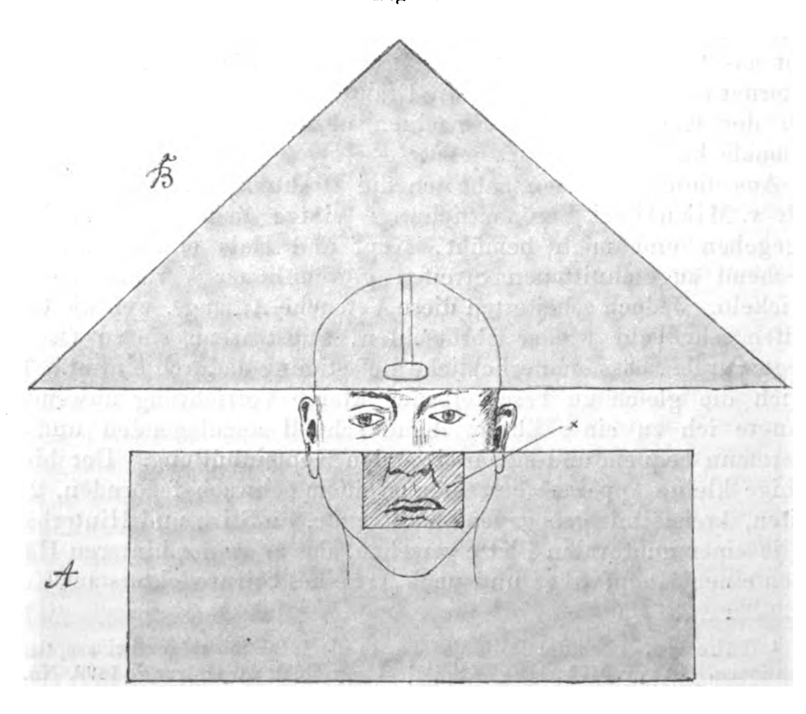
befestigt wird (Fig. 1). Diese »Kopfklammer« passt ohne Weiteres für jede Kopfform, ja sie kann bei den Schwestern selbst über die Haarfrisur und die Haube hinweg angelegt werden, worauf von mancher Seite Werth gelegt werden wird.

Fig. 1.



Die Kostümirung des betheiligten Personales geschieht nun in meiner Abtheilung bei allen aseptischen Operationen seit längerer Zeit in folgender Weise. Operateur und Assistenten ziehen sich zum Schutze gegen Durchnässung Schürzen aus Billroth- oder aus Mosetig-Battist an, die vor den an manchen Orten noch üblichen dicken Gummischürzen den Vorzug bedeutend größerer Leichtigkeit und Billigkeit haben. Alle Betheiligten, auch die mit dem Zureichen der Instrumente

Fig. 2.



und des Verbandmateriales, mit dem Einfädeln der Nadeln etc. betrauten Operationsschwestern, setzen die »Kopfklammer« auf, entblößen die Arme bis über das Ellbogengelenk und desinficiren sich

Hände und Arme. Nun wird ein 110 cm langer und 45 cm breiter viereckiger Gazestreifen (*A* Fig. 2) so vor Mund und Nase befestigt, dass der obere Rand des Streifens über der Nasenspitze aufliegt, während die hinteren Enden über die Ohren hinweg zu dem an der Kopfklammer befindlichen Knopfe geführt und an demselben mit-

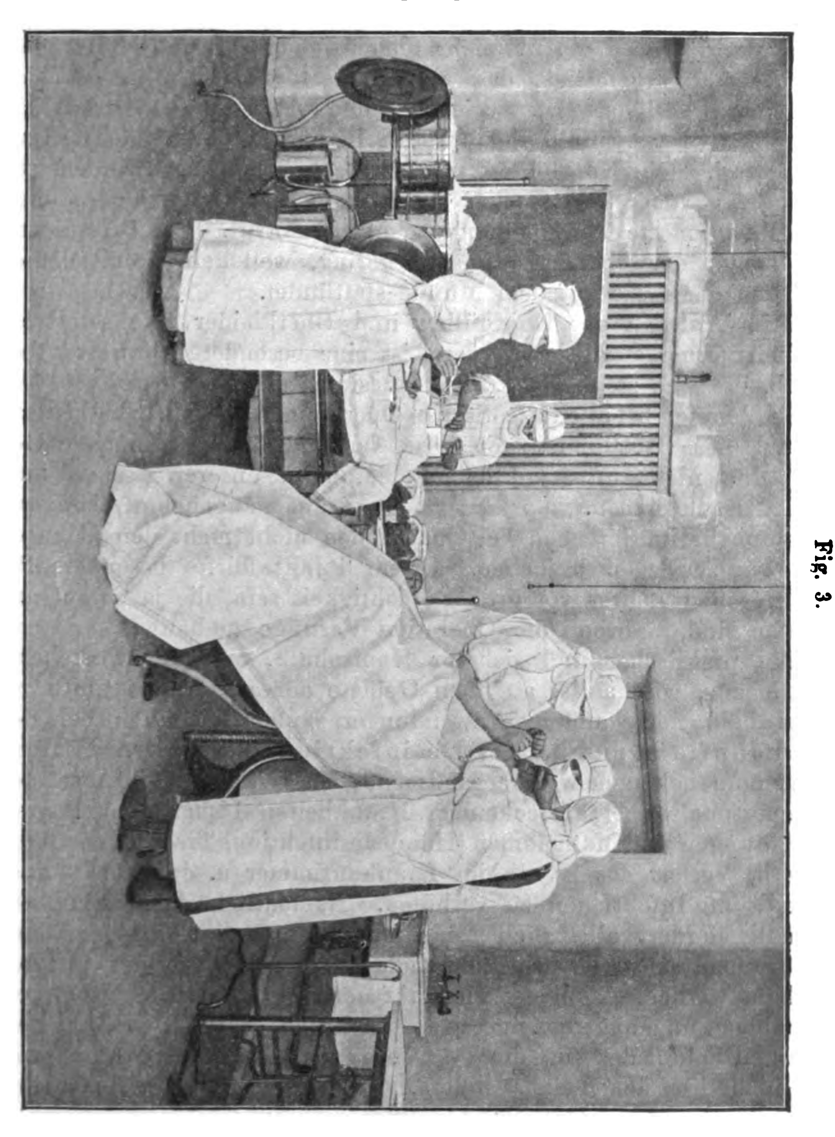


Fig. 3.

tels Durchstoßen befestigt werden. Bei starkem Bartwuchse kann auch eine doppelte Lage Gaze genommen werden. Zum weiteren Schutze gegen die Exspirationsluft aus Mund und Nase ist an der betreffenden Stelle noch eine mehrfache Lage Gaze aufgenäht (*). Will man diesen Schutz noch sicherer gestalten, so kann man auch

eine dünne Watteschicht dazwischen legen. Nachdem der untere Streifen angelegt ist, wird die Kopfhülle vervollständigt durch einen dreieckigen, 150 cm langen und 70 cm breiten Gazestreifen *B*, der dicht oberhalb der Augen über die Stirn gelegt wird, und dessen Zipfel im Nacken zusammengeknotet werden (s. Fig. 3).

Der am Kinn und Halse herabhängende Theil des unteren Kopfstreifens wird durch die nunmehr überzuziehende Ärmelschürze derartig am Halse befestigt, dass dadurch selbst der größte Vollbart hinreichend gesichert ist. Wie aus den Abbildungen ersichtlich, bleiben bei dieser Einhüllung nur die Augen und deren nächste Umgebung frei. Die Kopfhülle kann sehr schell angelegt werden und sitzt so fest, dass selbst nach stundenlang dauernden Operationen nicht die mindeste Verschiebung derselben eintritt. Die Belästigung beim Tragen derselben ist nur sehr gering, weil kein unmittelbares Aufliegen der Gaze auf dem Munde stattfindet.

Beim Anlegen der Kopfhüllen und Überkleider, die selbstverständlich vorher sterilisirt werden, ist eine besondere Schwester behilflich, die sich zu diesem Zwecke desinficiren muss.

Seitdem ich bei allen aseptischen Operationen das ganze betheiligte Personal diese Kostüme tragen lasse, habe ich das beruhigende Gefühl, eine nicht unbedenkliche Fehlerquelle unserer Asepsis ausgeschieden zu haben. Vor Allem ist es auch angenehm, dass wir uns nunmehr im Sprechen bei Operationen nicht mehr den früheren Zwang aufzuerlegen brauchen. Dieser Punkt dürfte besonders für die klinischen Lehrer von großer Wichtigkeit sein, die ja darauf angewiesen sind, während der Operation Vorträge zu halten.

Ein praktischer und sicherer Kopfschutz, wie der vorstehend beschriebene, wird außer auf dem Gebiete der aseptischen Chirurgie gewiss bald noch andere Anwendungen finden, nämlich bei der Krankenpflege und bei der Desinfektion von Wohnräumen. Es ist eine beklagenswerthe Thatsache, dass die zum Schutze des Pflegepersonales bei ansteckenden Krankheiten bisher empfohlenen Vorrichtungen und Maßnahmen (Händedesinfektion, Tragen von Überkleidern, Verbot des Essens im Krankenzimmer u. dgl.) nicht ausreichen, um Infektionen zu verhüten. Namentlich der Typhus abdominalis fordert alljährlich seine Opfer unter den Pflegern und Pflegerinnen, selbst da, wo die üblichen Vorsichtsmaßregeln gut gehandhabt werden. Es liegt daher auf der Hand, dass die bisherigen Maßnahmen ungenügende sind, wahrscheinlich desshalb, weil sie den wichtigen Faktor der Aufnahme von Infektionsstoffen durch Mund und Nase nicht hinreichend ausschalten. So wird z. B. beim Baden der Typhuskranken das Gesicht des Pflegers mit dem verunreinigten Badewasser benetzt, und es können auf diese Weise Typhusbacillen in den Mund gelangen. Als ganz besonders gefährlich für Arzt und Pfleger gilt die Pest, namentlich die Lungenpest, und sollten wir mit dieser schrecklichen Krankheit nähere Bekanntschaft machen, so müsste das Erste sein, unsere persönlichen Schutzmaßregeln durch

einen ausreichenden aseptischen Kopfschutz zu vervollständigen. Wir müssen uns ja doch im Verkehre mit Infektionskranken mit derselben Sicherheit vor der Aufnahme der pathogenen Bakterien in unseren eigenen Körper schützen können, wie wir bei aseptischen Operationen das Eindringen von pathogenen Keimen in die Wunde vermeiden können! Schon vor einigen Jahren hat Cramer[4] in einem sehr lesenswerthen Aufsatze darauf hingewiesen, dass bei der Pflege ansteckender Kranker die Maßregeln der Asepsis und Antisepsis zur Anwendung kommen müssen — diese Prophylaxe wird aber erst durch Anwendung eines geeigneten Kopfschutzes zu einer genügend sicheren. Natürlich wird man nicht alle Krankenpfleger fortwährend mit diesem schweren Vertheidigungspanzer ausrüsten, sondern nur bei gewissen Krankheiten und in bestimmten erfahrungsgemäß besonders gefährlichen Situationen.

Auch die Sicherheit derjenigen Personen, welche inficirte Räume desinficiren sollen, lässt ohne einen genügenden Kopfschutz viel zu wünschen übrig, da Kopf- und Barthaare durch den beim Auseinandernehmen der Betten, Wäschestücke, Teppiche etc. erzeugten Staub natürlich arg verunreinigt werden, und da die aufgewirbelten Infektionskeime leicht durch die Mund- und Nasenhöhle aufgenommen werden können. Nach den Vorschriften des Flügge'schen Desinfektionsverfahrens legen die Desinfektoren vor dem Krankenzimmer ihren Arbeitsanzug an — auch die sehr wichtigen Leinenüberzüge über das Schuhwerk! —, bereiten die desinficirende Sublimatlösung und betreten dann das Krankenzimmer. Vor dem Verlassen des Zimmers, in welchem der Formaldehydapparat in Gang gesetzt worden ist, legen sie ihre Arbeitskleidung ab, hängen sie auf das Gestelle und »waschen sich Gesicht, Bart und Hände mit Sublimatlösung«. Es liegt auf der Hand, dass ein geeigneter Kopfschutz eine unvergleichlich viel größere Sicherheit gegen Verunreinigung der Kopf- und Barthaare und gegen die Aufnahme von Keimen durch Mund und Nase gewähren wird, als die höchst unzuverlässigen Sublimatwaschungen. Ich würde auch rathen, die Desinfektoren geeignete Handschuhe tragen zu lassen, da man nicht darauf rechnen kann, dass sie geschickt und gewissenhaft genug sind, ihre Hände nach gethaner Arbeit keimfrei zu machen. Handschuhe und Kopfschutz werden natürlich vor Verlassen des zu desinficirenden Zimmers in demselben zurückgelassen.

---

1) C. M. Beadnell. With Lord Methuen's force.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 13.)

Verf. bespricht nach seinen Erfahrungen im südafrikanischen Kriege die Wirkungen des Mauser- und des Lee-Metfordgewehres. Er hält das erstere für die humanere Waffe, wegen seines kleineren

[4] Berliner klin. Wochenschrift 1892. No. 33.

Kalibers und der größeren Geschossgeschwindigkeit. Ein- und Ausschuss wiesen bei den Mausergeschossen nur geringe Unterschiede auf. Die Erfahrungen, die Verf. während des Krieges auf den Philippinen gesammelt hat, so wie eigene Schießversuche mit dem Remington-Messingmantel- so wie dem Lee-Metford Nickelmantelgeschoss brachten ihn zu der Ansicht, dass diejenigen Geschosse die leichtesten Verwundungen verursachten, die folgende Eigenschaften besitzen: 1) eine möglichst große Geschwindigkeit, 2) eine möglichst rasante Flugbahn, so dass die Geschoss-Spitze zuerst auftrifft, 3) einen glatten harten Mantel mit glatter abgerundeter Spitze, 4) kurze Schussweite, da Geschosse mit großer Schussweite quer aufschlagen können.

Er stellt folgende Reihe auf, entsprechend den progressiv schwereren Verletzungen: 1) Mauser, 2) Krag-Jörgensen, 3) Lee-Metford, 4) Lee Metford mit abgekürztem Vorderende, 5) Eins von den 3 ersten, wenn der Nickelmantel von der Spitze entfernt ist, 6) Dum-Dum, 7) Remington-Messingmantelgeschoss, 8) Remington-Bleigeschoss oder Martini-Henry, 9) Remington-Messingmantelgeschoss nach Entfernung des Messingmantels an der Spitze, 10) Shrapnellkugeln, 11) Granaten und ihre Sprengstücke.

Über eine eigenartige Wirkung einer Explosion wird bei einem Hochländer berichtet. 10 Yards über dem Kopfe des Mannes war eine Granate krepirt, ohne dass ein Sprengstück denselben verletzt hätte. Seitdem bewegte der Soldat den Kopf auf und nieder nach Art der kleinen Pagoden. Das Phänomen hielt noch 10 Stunden nachher an. Die geistigen Fähigkeiten hatten bei dem Manne ebenfalls gelitten.

Weiss (Düsseldorf).

2) C. Féré. Les accidents de l'attaque d'épilepsie liés à la contraction musculaire. Contribution à la pathogénie des hernies vraies du muscle jambier antérieur.

(Revue de chir. 1900. No. 1.)

Der von F. zunächst mitgetheilte Fall ist dadurch von Interesse, dass bei dem 45jährigen Epileptiker im Anschlusse an einen Anfall eine Muskelhernie an der Außenseite des rechten Unterschenkels — 3 cm nach außen von der Crista tibiae — zwischen mittlerem und unterem Drittel entstanden, und an der gleichen Stelle des linken eine Lücke in der Aponeurose zu fühlen war. Durch diese Beobachtung veranlasst, hat F. sein Geisteskrankenmaterial auf ähnliche Hernienbildung bezw. Disposition untersucht und unter 204 Fällen in 31 solche Muskelbrüche gefunden, die bei 15 beiderseitig und, mehrfach multipel, bei 7 rechtsseitig (in 2 Fällen 2 resp. 5 Hernien) und bei 9 linksseitig (in 2 doppelt) bestanden; bemerkenswerth ist auch das Auftreten an ganz symmetrischen Stellen bei mehreren Fällen.

Kramer (Glogau).

3) **W. Respinger.** Über die angebliche Kontagiosität des Erysipels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Um ein sicheres Urtheil über Kontagiosität oder Nichtkontagiosität des Erysipels zu gewinnen, wurden von Hägler und R. in einer größeren Zahl von Erysipelfällen Schuppen und Blaseninhalt entnommen und in Bouillon wie Agar verimpft. In keinem der Fälle gelang es, Streptokokken nachzuweisen, weder in Schuppen noch im Blaseninhalte; beide können nach Verf. daher auch nicht im Stande sein, die Kontagion zu vermitteln; und da sie das Einzige sind, was die unverletzte Erysipelfläche in flüchtiger Form verlässt, ist also auch das Erysipel keine kontagiöse Krankheit. Wo gleichzeitig im Erysipelbereiche offene Wunden vorhanden sind, könnte allerdings deren Sekret nach erfolgter Eintrocknung den Körper in flüchtiger Form verlassen; man hat es indessen einigermaßen in der Hand, einer solchen Eintrocknung zu begegnen. Auch die Gefahr einer direkten Übertragung von Wundsekreten ist bei Erysipeln nicht mehr hoch anzuschlagen und dürfte meist geringer sein als etwa bei eröffneten Streptokokkenphlegmonen. Wie Verf. schließt, hat es somit keinen Zweck, Erysipele besonders zu isoliren. Will man sie überhaupt absondern, so mögen sie wie Phlegmonen, Pyämie etc. in septische Abtheilungen verlegt werden. **Honsell** (Tübingen).

---

4) **G. B. Massey.** The increasing prevalence of cancer as shown in the mortality statistics of American cities.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Februar.)

M. hat statistische Erhebungen über die Zahl der Todesfälle an Krebsleiden in den 7 größten Städten der Vereinigten Staaten angestellt, welche er auf Tafeln in Kurven zur Anschauung bringt. Danach starben in den 7 Städten zusammen auf 100 000 Einwohner im Jahre 1870 35,4 an Krebs, im Jahre 1898 66,4, also nahezu die doppelte Anzahl. Das stärkste Anwachsen der Mortalität weist San Francisco auf — 16,5 im Jahre 1866 gegen 103,6 Fälle auf 100 000 im Jahre 1898, danach folgt Boston, wo sich in der gleichen Zeit die Zahl der Todesfälle verdreifacht hat.

Unter der Voraussetzung, dass die durchschnittliche Lebensdauer der Krebskranken 2 Jahre beträgt, berechnet M. die Gesammtzahl der augenblicklich in den Vereinigten Staaten lebenden Krebskranken auf ungefähr 100 000! Er fordert auf Grund dieser Zahlen ein staatliches Hospital für Krebskranke und ein Laboratorium zur Erforschung der Krankheit. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

5) **Biberfeld.** Über die Druckverhältnisse in der Schleich-schen Quaddel.

(Arch. internat. de pharm. et de thérap. T. VI. Fasc. 5 u. 6.)

B. stellte am Kaninchen Versuche mit dem Fick'schen Federmanometer über den zur Erzeugung einer Hautquaddel nothwendigen Druck mittels Aq. dest. und 0,7 %iger Kochsalzlösung an. Dieser musste um so höher sein, je näher die Injektion der Wirbelsäule, um so geringer, je näher sie der Medianlinie des Bauches stattfand. Umgekehrt ging die Resorption, das Vergehen der Quaddel, am schnellsten auf dem Rücken von statten, wobei die Kochsalzlösung wiederum eher als Aq. dest. aufgenommen wurde. Höllensteinlösungen ließen in Folge der sich bildenden organischen Silberverbindungen in Koncentrationen von 0,5—1 % keine Quaddeln mehr zu Stande kommen, schwächere nur unter hohem Drucke. Die Resorption derselben hörte bei 0,25—0,5 %igen Lösungen ganz auf. Injektionen von Aq. dest. und Kochsalzlösung in die Nervenscheide blieben ohne Wirkung. Dagegen führte Aq. dest., zwischen die Nervenbündel eingespritzt, unter spindelförmiger Auftreibung des Nerven sehr bald Anästhesie, aber zugleich auch eine schwere Störung der Nervensubstanz herbei. Physiologische Kochsalzlösung allein war unwirksam; erst bei 0,05 %igem Cocainzusatze konnte vollkommene Gefühlslosigkeit vom Nervenstamme aus erzielt werden. Die specifisch anästhesirende Wirkung des Cocains ist hierbei also unentbehrlich.

Buchbinder (Leipzig).

---

6) **Hahn.** Über das Wesen und die Ursache der im Anschlusse an die Narkose auftretenden Lungenentzündungen.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1899.

H. unterzieht die bisher aufgestellten Hypothesen über die nach der Äther-, Chloroform- oder gemischten Narkose auftretenden Pneumonien und Bronchitiden einer sorgfältigen kritischen Prüfung, indem er zugleich die klinische Beobachtung und die Ergebnisse der Thierversuche eingehend berücksichtigt. Verf. sucht Klarheit in die verschiedenen Anschauungen zu bringen und fasst in 10 Schlussbetrachtungen seine Ansichten über Wesen und Ursache dieser Erkrankungen zusammen. Der recht fleißigen Arbeit werden im Anhange die Krankengeschichten von 35 in der Leipziger Frauenklinik genauer beobachteten Fällen dieser Art, so wie ein vollständiges Verzeichnis der einschlägigen Arbeiten beigefügt.

Buchbinder (Leipzig).

---

7) **H. A. Hare** und **C. A. Holder.** Some facts in regard to aneurism of the aorta.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Oktober.)

Aus der Analyse einer 953 Fälle umfassenden Kasuistik englischer und amerikanischer Spitäler sind folgende Angaben bemerkens-

werth: Das Aortenaneurysma kommt bei Weitem häufiger beim Manne als bei der Frau vor; am häufigsten ist der aufsteigende Theil des Aortenbogens betroffen, der Bogen selbst, so wie die absteigende Partie sind gleich häufig vertreten. Sehr häufig erfolgt der Tod nicht durch Ruptur, sondern Kompression von Seiten der Geschwulst.

Syphilis spielt ätiologisch nicht die große Rolle, die ihr oft zugeschrieben wird; hingegen scheint bei den auf einem Trauma beruhenden Fällen die Syphilis eine vorbereitende Rolle zu spielen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

8) Roloff. Über chronische Mastitis und das sog. Cystadenom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 106.)

Das sog. Cystadenom der Mamma wurde bekanntlich von Schimmelbusch im Wesentlichen für eine Neubildung epithelialer Natur angesehen, während König den Grund der Krankheit in einer chronischen Mastitis fand. R. ergreift in der Kontroverse auf Grund eigener Untersuchungen von aus Prof. Oberst's Thätigkeit stammenden Operationspräparaten das Wort und tritt auf Seite König's. Er beschreibt zunächst seine Befunde an 3 typischen Fällen und hebt sodann hervor, dass dieselbe chronische Mastitis, wie sie beim Cystadenom beobachtet wird, auch bei carcinösen Mammae zu finden ist, wofür als Beleg die mikroskopischen Befunde in 3 einschlägigen Fällen beschrieben werden. Zum Belege für einen engen auch ätiologischen Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung und Mammacarcinom dienen 2 weitere Fälle, in denen das Carcinom einmal aus einer alten Fistel, das andere Mal aus einer Narbe der Mammae entstand. Auch kann sich aus dem sog. Cystadenom ein Carcinom entwickeln, und R. beschreibt die Befunde an 2 Fällen von Cystadenom, wo stellenweise sehr carcinomverdächtige Bilder in den Schnitten zu sehen sind, oder bereits der Übergang zum Krebse vorzuliegen scheint.

R.'s Untersuchungen geben einen Beleg für den wahrscheinlichen häufig vorhandenen Entstehungsmodus chronischer, schließlich auch bösartig werdender Erkrankungen aus chronischer Entzündung. Das Irritament, das als Ursache für die letztere zu supponiren ist, wird bei der Mamma, wie R. annehmen möchte, gewiss von der Warze aus durch die Milchkanälchen in die Drüse eindringen und hier seine weiteren Wirkungen entfalten können.

Die den untersuchten Präparaten zukommenden histologischen Veränderungen — cystische Drüsengangserweiterung, kleinzellige Bindegewebsinfiltration etc. — ist in 13 mikrophotographischen Figuren zur Darstellung gebracht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mittheilungen.

Über die Einheilung von Drahtnähten bei Schädeldefekten.

Von

Dr. **Alfred Gleich,**

Ordinarius der chirurgischen Abtheilung des Spitales der barmh. Brüder in Wien.

Prof. Witzel schließt seine in No. 10 des Centralblattes für Chirurgie erschienene Arbeit: »Über den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze« mit dem Satze, dass es nahe liege, zum heteroplastischen Verschlusse von Schädeldefekten u. dgl. das Filigrannets an Stelle der Celluloidplatten zu verwenden. Da ich im vergangenen Jahre diese, wie es scheint, neue Art der Heteroplastik ausgeführt, will ich in Kürze darüber berichten, wobei ich bemerke, dass der eine der Fälle im Ausweise des Spitales der barmh. Brüder in Wien über das Jahr 1899 bereits publicirt ist.

F. K. erlitt durch Explosion eines unter Überdruck mit flüssiger Kohlensäure gefüllten Bierfasses einen komplicirten Stirnbeinbruch, welcher einen langen Eiterungsprocess zur Folge hatte, da die Wunde mit Kellererde und Mist stark verunreinigt war. Etwa 3 Monate nach der Verletzung entschloss sich Pat. zur Vornahme der ihm vorgeschlagenen Operation, welche am 11. April 1899 in kombinirter Narkose (Morphin-Billroth'sche Mischung) vorgenommen wurde. Mehrere sequestrirte Knochensplitter wurden entfernt, wobei ein Knochendefekt von etwa 5 qcm zurückblieb. Dieser Knochendefekt wurde nun mit 2 Aluminiumbronzedrähten überbrückt, welche durch die Knochenränder durchgezogen worden waren. Die Hautwunde darüber wurde bis auf den unteren Winkel vereinigt. Trotzdem noch einige Zeit Eiterung bestand, konnte Pat. doch nach 3 Monaten geheilt das Spital verlassen, und war das Resultat auch kosmetisch gut zu nennen, da nur eine geringe Senkung der Narbe eintrat. Gegen Ende des Jahres sah ich Pat. wieder und konnte mich von seinem Wohlbefinden überzeugen. Die Narbe um die Nähte war fest, die Drähte steckten unbeweglich, die Haut darüber verschieblich.

Der 2. Fall betrifft einen 33jährigen Kutscher N. J., welcher, von einem Pferde durch Hufschlag verletzt, einen komplicirten Bruch des Stirnbeines erlitt. Sofort nach der Aufnahme ins Spital wurden die Knochensplitter entfernt, die Wunde versorgt. Der Defekt im Knochen hatte elliptische Form mit einem Längsdurchmesser von 8 cm und Querdurchmesser von 6 cm. Die Heteroplastik, wozu ich ebenfalls Aluminiumbronzedraht verwendete, wurde am 26. Mai ebenfalls in Narkose vorgenommen. Durch Ablösung eines zungenförmigen Weichtheillappens über dem Knochendefekte wurde letzterer bloßgelegt, wieder durch mehrere in den Knochen eingezogene Drähte überbrückt, so wie auch eine Drahtschlinge beiderseits nur durch das Periost geführt. Der Lappen wurde hierauf zurückgebracht und vollkommen angenäht. Die Heilung erfolgte p. pr. intentionem, und war das Resultat im Anfange ein außerordentlich schönes, da die Depression vollkommen behoben war. Der gute Erfolg hielt jedoch nicht lange an, da nach etwa 3 Wochen der Pat. einen Schmerz in der Stirnhaut verspürte, und ein Decubitus vom Drahte, welcher jedenfalls zu stark war, sichtbar wurde. Nach einigen Wochen musste ich, um den Decubitus zur Heilung zu bringen, die eine Drahtschlinge entfernen, später eine weitere, wobei sich herausstellte, dass der Aluminiumbronzedraht gebrochen war, was auch als die Ursache des zuerst entstandenen Decubitus aufzufassen ist. Nach Entfernung sämmtlicher Drähte zog sich die Narbe wieder etwas stärker ein, doch ist die Entstellung gewiss geringer, als vor der Drahteinlagerung.

Der 1. Fall beweist, dass die Einlagerung von Drähten zur Heteroplastik von Schädeldefekten selbst bei eiternden Wunden geeignet ist; der 2. Fall spricht gegen zu dickes und sprödes Drahtmaterial, also zu Gunsten des feinen Silber-

drahtes im Sinne des Witzel'schen Vorschlages. Die Einlegung von Silberdraht in Schädeldefekte kann auch wegen seiner von Schede und Credé geschilderten Eigenschaften in Fällen, wo die Entscheidung, ob eine Auto- oder Heteroplastik ausgeführt werden solle, schwer fällt, provisorisch vorgenommen werden.

Wien, am 16. März 1900.

Eine praktische Methode der Tracheoplastik mit gedoppeltem Hautlappen.

Von

Stabsarzt Dr. **Trnka** in Prag, k. k. Garnisonsspital No. 11.

Ein Fall von umfangreicher Trachealfistel mit Defekt eines Theiles der Luftröhrenwand knapp unterhalb einer hochgradigen Stenose der Trachea in der Höhe des Ringknorpels nach Selbstmordversuch durch Querschnitt über den Hals vor 3 Jahren bei einem geisteskranken, jetzt 26jährigen Manne gab mir Gelegenheit, ein operatives Verfahren einzuschlagen, das bezüglich seines Zweckes und der angestrebten Details einen sehr befriedigenden Erfolg aufzuweisen hatte. Es sei mir desshalb hier die folgende Mittheilung gestattet.

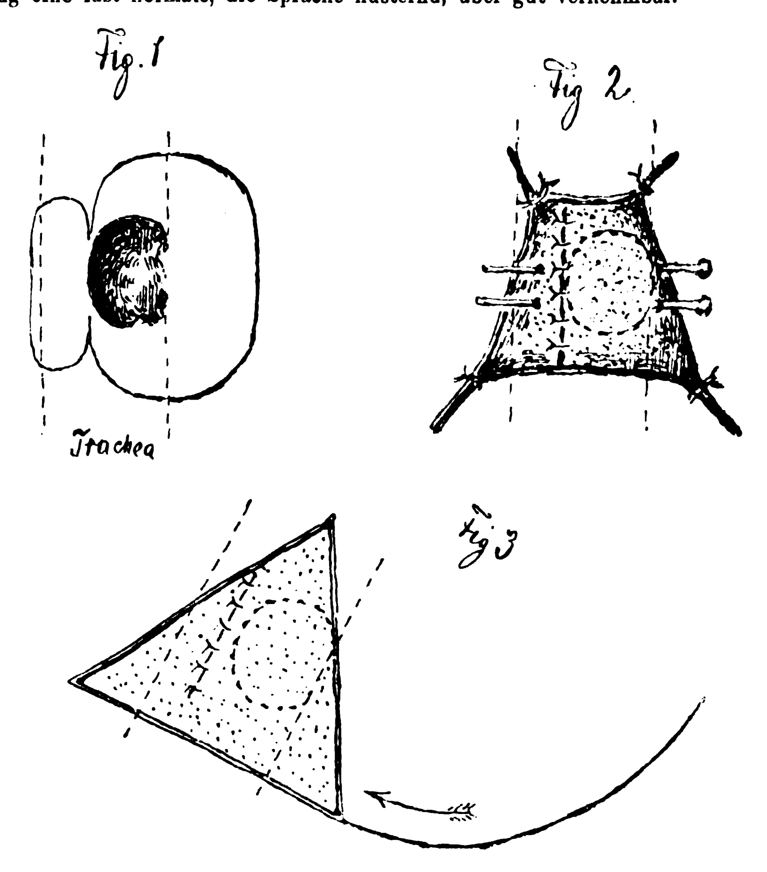
Nach Decanulement und vielmonatlicher Behandlung der bis in die Nähe der Glottis reichenden Stenose durch den Trachealdefekt unter jedesmaliger Cocainanästhesie und vorwiegendem Gebrauche einer nach der Fläche gekrümmten Kornzange war das Kaliber der Luftröhre zwischen Ringknorpel und Stimmbändern wieder ein recht geräumiges geworden. Der unterste Theil der Stenose, die vorwiegend eine Inaktivitätsverengerung des Kehlkopfes darstellte, war jedoch durch ringförmig gelagerte Narbenzüge gebildet, die sich an der hinteren Trachealwand zu einem queren Sporne verdichteten. Diese Partie wurde gleichzeitig mit der stumpfen Dilatation durch die Kornzange vermittels Stichelungen mit dem Thermokauter successive abgetragen, bis das durch den Sporn in einem nach hinten offenen Winkel abgeknickte Lumen der Trachea wieder gerade und geräumig verlief. Eine Perforation in die mit der Trachealnarbe jedenfalls eng verbundene Speiseröhrenwandung musste vermieden werden. Der Kranke, der früher bei mit dem Finger verschlossener Trachealöffnung nur kurze Zeit und mühsam respiriren, so wie nur sehr leise einige Worte hervorstoßen konnte, athmete nun recht frei längere Zeit durch die Glottis und sprach mit gut accentuirter, mehrere Meter weit vernehmbarer Flüsterstimme. Um nun den Kranken ganz an die Kehlkopffunktion zu gewöhnen, wurde die weite Fistelöffnung mit Kautschukpflaster durch mehrere Wochen abgeschlossen. Nach alle dem war es nun erst möglich geworden, zum plastischen Verschlusse des Trachealdefektes zu schreiten.

Unter Infiltrationsanästhesie wurde die starr umnarbte, rundliche Fistelöffnung mit 2 Bogenschnitten umkreist. Die mächtig entnommenen beiden haarlosen und seitlich knapp bis zur Grenze des Trachealsubstanzverlustes abpräparirten Lappen, von denen der linke groß, der rechte als Hilfslappen klein gewählt wurde, wurden nach innen umgeschlagen. Die Ränder wurden entsprechend der rechten Begrenzung der Fistel linear in der Längsrichtung durch mehrere Knopfnähte vereinigt, so dass die Hautseite nach innen gegen das Lumen der Trachea, die wunde Seite nach außen sah und die Naht seitlich zu liegen kam. Als Unterlage zur Vermeidung von Aspiration und Fluktuation des großen, locker und konvex nach außen gebuchteten Decklappens wurden vorher 2 feine Hasenschartennadeln quer durchgeführt. Im oberen Winkel wurde vor der Hand eine kleine Öffnung für Luft- und Schleimdurchtritt der Sicherheit halber belassen. Der relativ große, restirende Substanzverlust in der Haut wurde durch mehrere Knopfnähte in Trapezform verkleinert, aus welcher jederzeit leicht ein Dreieck gebildet werden kann.

Nach 10 Tagen schritt man zur Duplicirung des inzwischen unter Silkdeckung mächtig angranulirten Lappens. Entfernung der Hasenschartennadeln und Anfrischung der Hautränder mit Bildung eines regelmäßigen Dreiecks durch Fort-

setzung der nicht parallelen Viereckseiten nach oben. Verlängerung der Basisseite mit Bogenschnitt nach links und Präparation eines mächtigen Hautlappens mit Verschiebung desselben über die nun ebene Granulationsfläche, die auch ohne Nadelunterlage nicht mehr fluktuirt. Fixirung durch Platten- und Knopfnaht. Anstandslose Anheilung des Decklappens.

Der Erfolg war in jeder Beziehung ein sehr zufriedenstellender und exakter. Es scheint fast, dass Knorpelelemente aus der Nachbarschaft zwischen die Deckplatten vorgerückt sind, so hart und resistent ist dieselbe jetzt, mehrere Monate nach der Operation. Eine Einziehung hat nicht stattgefunden, und ist die Athmung eine fast normale, die Sprache flüsternd, aber gut vernehmbar.



Selbstverständlich sind die Details der Methode je nach dem Falle und gegebenem, lokalen Materiale modifikationsfähig. So kann statt der primären Bogenschnitte gleich die Dreieckform mit Einschnitt an der oberen Spitze und der Basisseite, so wie beliebiger Zuformung beim Umschlagen zur Naht gewählt werden. Dann kann ev. der Seitenlappen sofort gebildet, verschoben, fixirt, und so die ganze Operation einzeitig, statt — wie dies Mal — zweizeitig vollzogen werden. Eben so könnte man einen heteroplastischen Ersatz des Trachealknorpels (Thierknorpel-Celluloid) nöthigenfalls zwischen beide Platten zweckmäßig einschalten.

Diese Art der Durchführung des anerkannt schwierigen Verschlusses von Trachealdefekten bietet dem Operateur mehrfache hervorragende Vortheile. Erstens arbeitet man ohne jede Blutung nach innen, da die Anfrischung des Fistelrandes

entfällt. Zweitens ist die Möglichkeit des Auftretens von subkutanem Emphysem vermieden und drittens das Zustandekommen neuerlicher Verengerung durch Granulation oder späterer Narbenbildung der sonst immer nach innen sehenden epithellosen Wundfläche. Den Hauptvortheil dieser Methode gegenüber anderen erblicke ich aber darin, dass statt Wundfläche Haut nach innen geschlagen wird, welche erfahrungsgemäß wenigstens funktionell sich vollkommen zu Schleimhaut umzubilden fähig ist. Nach Analogie der schon früher und auch neuerlich an anderen Systemen (Darm, Blase) und Körperstellen (Wange) erprobten Plastiken dieser Art war dies der Grundgedanke beim Einschlagen des beschriebenen Vorganges.

---

9) **E. Lindemann.** Ein elektrischer Heißluftapparat, Elektrotherm.

(Ärztliche Polytechnik 1900. Januar.)

Ausgehend von den Arbeiten von Winternitz 1877, Klaydeu-Duchard und Tillet, Clado 1891, Bier 1893, Quincke, Sarjeant, Knoxley Sibley 1896, M. Mendelsohn 1897 und 1898, Tallermann u. A. hat L. einen Trockenluftbehandlungskasten konstruirt, bei welchem die Elektricität als Wärmeerzeuger dient. Ein Rheostat dient zur Regulirung. Thermometer geben die innere Temperatur an. Eine Glühlampe erleuchtet das Innere, so dass man die der Hitze auszusetzenden Theile stets unter Augen hat. Die Luft im Inneren des Apparates kann in 4 Min. auf 60° C. in 15—20 Minuten auf 120—130° C. gebracht werden. 1 Abbildung im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

10) **Scheib.** Über Osteogenesis imperfecta.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. p. 93.)

Verf. giebt eine ausführliche makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines eigenthümlichen Falles von fötaler Knochenerkrankung, welche bei einem 6 Wochen alten, während der Beobachtungszeit gestorbenen Kinde gefunden wurde und sich klinisch durch Verkürzung der Extremitäten, Verkrümmungen und Frakturen der Knochen, ferner durch mangelhafte Entwickelung des Schädeldaches charakterisirte. Bei der histologischen Untersuchung zeigten sich Knorpelanlage, Wucherungsschicht und präparatorische Verkalkungszone normal, dagegen bestand durchweg das Bild einer Hemmung in der Osteogenese und zweitens einer gesteigerten Knochenresorption der spärlich angelegten Knochenbälkchen. Die Affektion ist nach Verf. der »Osteogenesis imperfecta« Vrolik's zuzurechnen, einer Krankheitsform, die früher mit Unrecht vielfach mit der fötalen Rachitis zusammengeworfen wurde. Bezüglich der Pathogenese nimmt Verf. mit Buday an, dass das blutarme, fibröse Knochenmark Osteoblasten anbildet, welche, in ihrer Struktur verändert, ihre Funktion eingebüßt haben und sich in Knochen zerstörende Elemente, in Osteoklasten, umwandeln. In ätiologischer Beziehung konnte der Fall keine sicheren Aufschlüsse geben. **Honsell** (Tübingen).

11) **N. E. Brill** und **E. Libman.** Pyocyaneusbacillaemia.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Der 23jährige Pat. erkrankte unter Kopfschmerz, Übelkeit, Verstopfung, kontinuirlichem Fieber, unbestimmten Schmerzen in der Herzgegend und in den Extremitäten; dabei bestand leichter Ikterus. Die Diagnose wurde auf Septhämie gestellt. Die Blutuntersuchung, sowohl die mikroskopische als die durch Kultur, ergab den Bacillus pyocyaneus in Reinkultur. Bei der Autopsie fand sich im rechten M. vastus externus ein Abscess mit dem Staphylococcus aureus in Reinkultur. Leber- und Milzblut enthielten den Bac. pyoc. in enormer Menge. Die Eintrittspforte blieb unbekannt. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

12) **P. Tichow.** Zur Lehre von den Geschwülsten.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 1. [Russisch.])

Statistische Übersicht über 2481 Fälle der Kasaner Klinik von 1861—1896. Die Geschwülste bilden 7% aller chirurgischen Erkrankungen. Nach der Ge-

schwulstform vertheilen sich die Fälle so: 68 Fibrome, 57 Lipome, 44 Papillome, 48 Angiome, 16 Granulome, 5 Osteome, je 2 Myome, Gliome und Teratome, 733 Krebse, 91 Sarkome, 9 Epuliden, 32 Chondrome, 19 Neurome, 14 Myxome, 409 Atherome, 169 Strumen, 53 Ganglien, 54 Cysten, 9 Ranulae, 7 Echinokokken, 23 Aneurysmen, 93 Polypen, 90 Warzen, 5 Elephantiasis, 5 Encephalocelen, 420 nicht genau bestimmte Geschwülste. — Weiterhin werden die Geschwülste nach Bösartigkeit, Lebensalter, Lokalisation geordnet. Die Extremitäten werden verhältnismäßig selten befallen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

13) **E. Spiegler.** Über Endotheliome der Haut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. L. Hft. 2.)

Verf. beschreibt 3 Fälle einer sehr eigenartigen Geschwulstbildung am Kopfe, welche bei dem 66jährigen Pat. schon 40 Jahre vor der Beobachtung begann, bei seiner 44jährigen Tochter 10 Jahre zurückdatirt. Bei dem ersteren waren die Neubildungen »bohnen- bis orangengroß, Billardkugeln ähnlich«, ragten bis zu 20 cm Höhe hervor und saßen »wie eine großlockige Perücke« auf. Sie waren derbelastisch; Cutis nicht abhebbar, glatt, dünn, theilweise exkoriirt; einzelne wie Fibromata mollusca aussehende Geschwülste an der Stirnhaargrenze; einzelne am Stamme, an dem auch braune Pigmentflecke vorhanden waren, keine Metastasen. Bei der Tochter ein ähnliches, nur weniger hochgradig entwickeltes Bild. Ein 3. analoger Fall betraf eine 44jährige, geistesschwache Frau — auch hier bestanden die Knoten des Capillitiums schon seit vielen Jahren. Die histologische Untersuchung ergab in diesen 3 Fällen dasselbe Bild: Zellschläuche, die von einer feinfaserigen Kapsel umgeben sind und in ihrem Inneren mehr oder weniger häufig runde oder ovale, mit strukturloser Masse ausgefüllte Lücken aufweisen. Die Zellen sind epithelähnlich. An einzelnen Stellen sieht man »Querschnitte von Kapillaren, deren Wandzellen sich in lebhafter Wucherung zu befinden scheinen, und zwischen deren Elementen vereinzelt ähnliche Zellen eingebettet sind, wie die, aus denen der Tumor besteht«.

In der Litteratur sind einige wenige analoge Fälle vorhanden, von denen einer durch das hereditäre Auftreten in 3 Generationen besonders interessant ist. Einer derselben wurde als Talgdrüsengeschwulst diagnosticirt, ein anderer als Cylindrom; sie können, wie ein Fall beweist, auch bösartig werden.

Bei der Besprechung der Benennung dieser Geschwülste betont S., dass sie zu den sog. »plexiformen Angiosarkomen« gehören; er spricht sich wegen des bei seinen Untersuchungen sicher erwiesenen Ursprunges von den Endothelien für die Bezeichnung »Endotheliom« aus. **Jadassohn** (Bern).

14) **P. Berger.** Sur les endothéliomes des os.

(Revue de chir. 1900. No. 1.)

Beobachtungen von Knochenendotheliomen sind in Frankreich bisher nur von Gagmard (Poncet) und Gross mitgetheilt worden, während Rudolf Volkmann schon vor 5 Jahren über 14 Fälle deutscher Chirurgen berichten konnte. Nun theilt auch B. einen neuen Fall mit, der eine 58jährige Pat. mit einem abgekapselten, die obere Hälfte der Oberarmdiaphyse einnehmenden und letztere frakturirenden, pulsirenden Endotheliom betraf, bei welcher B. nach Exartikulation des Armes das rasche Auftreten wahrscheinlich schon vorher latent gewesener Metastasen in anderen Knochen beobachten konnte. Die von Bezançon sorgfältig mikroskopisch untersuchte Neubildung erinnerte in ihrem Bau an ein alveoläres Sarkom; ihre Zellen hatten den Charakter von Endothelzellen.

Kramer (Glogau).

15) **Kümmell.** Über cirkuläre Gefäßnaht beim Menschen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, in welchen er mit Erfolg die cirkuläre Naht der großen Schenkelgefäße ausgeführt hat. Im ersten derselben musste bei einer

52jährigen Frau gelegentlich der Exstirpation einer carcinomatösen Drüsengeschwulst ein 5 cm langes Stück der Art. femoralis resecirt werden. Die Vereinigung geschah derart, dass das obere Ende in das untere invaginirt, dann beide mit fortlaufender Seidennaht durch Adventitia und Media vereinigt wurden. Wegen geringer Stichkanalblutung noch eine zweite Nahtreihe nur durch die Adventitia. Übernähen der Nahtstelle mit einem Muskellappen. Theilweise Tamponade der Wunde. Wiederherstellung der Cirkulation sofort nach Abnahme der Klemmpincetten. Heilung per granulationem.

Im 2. Falle musste aus ähnlicher Ursache bei einer 41jährigen Frau ein 2 cm langes Stück der Cruralvene bis auf eine schmale Brücke resecirt werden. Die Vereinigung fand durch eine enge, fortlaufende Naht ohne Invagination statt, über welche ebenfalls wegen Stichkanalblutung noch einige oberflächliche Nähte gelegt wurden; Vereinigung der Brücke in Bürzelform. Schluss der Wunde. Glatte Heilung ohne Cirkulationsstörung.

Die beiden Fälle beweisen also die Möglichkeit einer cirkulären Naht sowohl an Arterie wie an Vene auch beim Menschen. **Honsell** (Tübingen).

16) **M. Asternio.** Tre casi di carbonchio curati col siero anticarbonchioso Sclavo.

(Gazz. med. di Torino 1900.)

Durch heimlich verwendetes milzbrandkrankes Vieh erkrankten gleichzeitig 6 Personen; 4 davon kamen in Behandlung des Autors. Eine Frau mit großem Karbunkel der Wange starb in der Nacht nach der Aufnahme. Bei dreien wurden Anfangs Sublimatumschläge gemacht, dann unter Suspension jeder Behandlung das Antimilzbrandserum von Sclavo injicirt. 2 Pat. hatten Pusteln im Gesichte und mäßig schweren Allgemeinzustand, der dritte mit Karbunkel des Vorderarmes und bedeutender Schwellung der ganzen entsprechenden Rumpfhälfte schien hoffnungslos. 1 Pat. erhielt 1, 2 je 2 Injektionen von je 12 ccm. Bei den beiden ersten Fällen verschwanden die Krankheitsphänomene rasch, die Entlassung erfolgte nach 14 und 20 Tagen. Beim dritten ging schon 24 Stunden nach der Injektion das Ödem des Armes, dann auch des Rumpfes zurück, der Schorf fiel nach ca. 13 Tagen ab, es blieb ein rasch verwachsendes Geschwür, so dass Pat. nach 4 Wochen geheilt war. Das Fieber war nach kurzer Erhebung rasch nach den Injektionen abgefallen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

17) **J. Jutassy.** Mittels Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Eczema chronicum, Hypertrichosis und Naevus vasculosus.

(Pester med.-chir. Presse 1900. No. 5 u. 6.)

Nach ausführlicher Würdigung der hierher gehörigen Litteratur bringt J. die Krankengeschichten 5 eigener Fälle. Sehr bemerkenswerth ist die Heilung eines ausgedehnten Feuermales der rechten Gesichtshälfte eines 22jährigen Mannes. Der Naevus begann $2^1/_2$ cm vor dem Ohre, überzog Stirn, Nase, Oberlippe, Augenlider und überschritt die Mittellinie um 1—3 cm. Nach 11 Sitzungen, in welchen die Nase 4, das übrige Gesicht 5 Stunden den Strahlen ausgesetzt waren, trat eine eitrige, wenig schmerzhafte Entzündung der Haut ein, welche mit Borsalbe behandelt wurde. An Stelle des Naevus trat eine Narbe, deren Färbung und Glätte die Unterscheidung von der gesunden Haut schwer machen. Keine Narbenkontraktur nach zweijähriger Beobachtung. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

18) **G. Lanza.** Nota clinica sopra una frettura complicata della volta.

(Gazz. med. di Torino 1900. No. 4.)

Kompleter Bruch des rechten Os parietale durch Sturz aus der Höhe, bei welcher ein breiter Hautlappen sich zwischen die Ränder der Knochenfissur einklemmte. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).



19) **Schmid** (Brackenheim). Messerklinge im Kopfe, 41 Jahre getragen und schließlich Ursache des Todes.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins Bd. LXX. No. 3.)

S. sah einen Mann von 62 Jahren unter meningitischen Erscheinungen zu Grunde gehen, bei dem eine kurz vor dem Tode vorgenommene Operation eine 6 cm lange und 1,1 cm breite Messerklinge aus dem linken Ohre entfernte, die 41 Jahre zuvor von einer Wunde am äußeren Rande des linken Arcus superciliaris aus eingedrungen und abgebrochen war. Diese hatte eine Wanderung um den Schläfentheil des Jochbogens gemacht, den Gehörgang perforirt und lag dicht am Trommelfelle, mit der Spitze nach dem Kieferwinkel gerichtet, mit dem abgebrochenen Ende im Proc. mastoideus fixirt. Seit 5—6 Jahren bestand Schwerhörigkeit, seit 2 Jahren Eiterausfluss aus dem Ohre und seit 8—14 Tagen periaurikuläre Schwellung, linksseitige Facialisparese und Meningitis.

Buchbinder (Leipzig).

20) **J. B. Herrick.** Concerning Kernig's sign in meningitis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juli.)

In 19 Fällen von Meningitis (9 epidemische Cerebrospinalmenigitiden, 7 tuberkulöse, 2 mit Pneumokokken, 1 syphilitisch) war das Kernig'sche Symptom (ausgesprochene Flexionskontraktur im Kniegelenke bei aufrechtem Sitzen des Pat.) 17mal vorhanden, d. h. in 89,4%. In 2 Fällen fehlte es; diese wurden aber erst kurze Zeit vor dem Tode geprüft, und es war bereits eine solche Muskelerschlaffung eingetreten, dass selbst auf lange fortgesetzten und kräftigen Druck des Supraorbitalis nur eine leise Bewegung des Armes erfolgte. H. erinnert daran, dass auch die Rigidität der Nackenmuskeln kurz vor dem Tode verschwindet. Interessant ist ein von H. nach einem anderen Autor citirter Fall, in dem es sich um einen Typhus mit typischen Symptomen handelte, und in welchem das Kernig-sche Symptom vorhanden war. Die Autopsie ergab Typhus und Cerebrospinalmeningitis, beruhend auf Invasion des Staphylococcus pyogenes und des Bacillus typhosus. In 100 Fällen von anderer Erkrankung fand sich das Kernig'sche Symptom nur 2mal; der eine von diesen beiden Fällen betraf eine subdurale Hämorrhagie. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

21) **G. Hinsdale.** Purulent encephalitis and cerebral abscess in the new-born due to infection through the umbilicus.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. September.)

Das neugeborene Kind ging an seinem 13. Lebenstage unter Konvulsionen zu Grunde. Im linken Stirnlappen fand sich ein Abscess von 15—20 ccm Eiter, in dem ein höchst virulenter, dem Bact. coli ähnlicher Bacillus gefunden wurde. Der Nabelstrang zeigte schon vor dem Tode fötide Zersetzung. Bemerkenswerth ist, dass die Mutter 2 Jahre vor der Schwangerschaft wegen Endometritis im Anschlusse an einen Abort curettirt worden war, und dass nach der Ausstoßung der Placenta bei der letzten Geburt eine Menge Eiter aus der Scheide floss. Sonst verlief das Wochenbett normal. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

22) **H. Drinkwater.** A case of Jacksonian epilepsy cured by operation.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 20.)

Es handelt sich in vorliegendem Falle um einen 38jährigen Mann, welcher seit Anfang 1894 an lebhaften Schmerzen in der linken Schläfe, so wie an Krampfanfällen, verbunden mit Verlust des Bewusstseins, litt. Die Krämpfe betrafen hauptsächlich den rechten Arm. Die Anfälle mehrten sich im Laufe der Zeit. Im März 1895 trat nach einem Anfalle eine komplete Lähmung des rechten Armes ein, welche 3 Wochen anhielt, im April waren rechter Arm und rechtes Bein für 3 Tage gelähmt. Die Kopfschmerzen wurden immer lebhafter, eine medikamentöse

Behandlung blieb ohne jeden Erfolg. Die geistigen Fähigkeiten nahmen ab, es traten jeden Abend Zuckungen im rechten Arme ein. Verf. entschloss sich desshalb, die vordere Centralwindung freizulegen, u. zw., weil Sprachstörungen aufgetreten waren, über deren Natur allerdings nichts gesagt wird, den unteren Theil derselben. Ein Trauma war seitens des Pat. auf das Bestimmteste geleugnet worden. Am 25. April 1895 fand die Operation statt. An Stelle der Trepanation fand sich eine Narbe der Haut. Der Knochen zeigte einen alten radiären Bruch der Tabula externa, so wie Zeichen einer stattgehabten Entzündung. Die Dura wies keine Veränderungen auf. Sofort nach der Operation besserte sich die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes. Es traten noch einige Krampfanfälle, allerdings in milderer Form, auf. Seit April 1896 sind keinerlei Erscheinungen mehr aufgetreten. **Weiss** (Düsseldorf).

23) **A. Mugnai** (Arezzo). Vollständige Exstirpation des Ganglion Gasseri bei Trigeminusneuralgie.

(Policlinico 1899. Juli 15.)

Frau von 67 Jahren mit sehr schwerer und hartnäckiger Neuralgie des Trigeminus sin. Vor 3 Jahren Resektion des N. infraorbitalis, mit länger dauerndem Erfolge. Jetzt alle Mittel vergeblich. Daher entschloss sich M. zur Exstirpation des G. Gasseri. Hufeisenförmiger, osteoplastischer Lappen in der Schläfengegend, die ganze Schläfenschuppe mitfassend; Umklappung nach unten. Ablösung der Dura, Unterbindung der A. meningea media. Bei der Isolirung des Ganglion tritt eine profuse venöse Blutung ein, die nur mit dauernder Tamponade gestillt werden konnte. Daher Unterbrechung der Operation. Nach 4 Tagen 2. Operation: Blutung steht vollkommen, das Ganglion lässt sich völlig isoliren; 2. und 3. Ast werden durchschnitten, der Stamm und der 1. Ast durch Zug und Torsion abgerissen. Keine Tamponade. Vorzüglicher Erfolg. Die erste Operation dauerte 80, die zweite 20—25 Minuten. Verf. schreibt das gute Resultat hauptsächlich dem »zweizeitigen« Verfahren zu. **H. Bartsch** (Heidelberg).

24) **J. J. Kumberg.** Zur Frage von den chirurgischen Eingriffen bei otitischer Pyämie.

(Wojenno-medicynski Journal 1899. November. [Russisch.])

Ein 25jähriger Soldat erkrankte am 29. Juni an Eiterung im linken Warzenfortsatze. Am 4. Juli Trepanation; die Temperatur sinkt nicht, und am 12. findet man eitrige Gonitis dextra. Arthrotomie am 15. Juli; auch dann bleibt die Temperatur hoch. Daher am 23. Juli Unterbindung der V. jugularis interna sin., und darauf Eröffnung des Sinus transversus, der aber flüssiges Blut enthält. Nun bessert sich der Zustand bedeutend. Am 31. Juli fand man eine Metastase im linken Schultergelenke, doch kam es nicht zur Vereiterung; am 21. August werden 2 Abscesse unter dem linken Glutaeus und in der rechten Wade eröffnet; darauf Heilung mit nur geringer Beweglichkeit des Kniees.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

25) **H. V. Würdemann, S. H. Friend, N. M. Black.** A study of multiple metastatic angiosarcoma.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juni.)

In dem Falle, welchen die drei Verff. veröffentlichen, begann die Erkrankung in den Knochen der linken Orbita bei einem 5jährigen Mädchen. Auf dem Wege des Blutstromes entwickelten sich in kurzer Zeit Metastasen hinter der rechten Niere, in der Leber und anderen Baucheingeweiden; ferner kam es zu hochgradigen Metastasen in dem Stirnbeine, dem Seitenwandbeine und den Hirnhäuten. Bemerkenswerth war besonders die Abwesenheit aller Lähmungserscheinungen trotz ausgedehnter Verdrängung und Kompression des Gehirns. Auch von Seiten der fast völlig mit Geschwulstmasse durchsetzten Baucheingeweide wurden keine funk-

tionellen Störungen beobachtet. Die Arbeit ist durch zahlreiche Abbildungen, besonders der durch die Sektion gewonnenen Organe, ausgezeichnet.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) Becker. Über eine neue Methode der temporären Resektion des Jochbeines.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 41.)

27) Schuchardt. Osteom der oberen Orbitalwand mit Erhaltung des Bulbus entfernt.

(Ibid. p. 371.)

Die Arbeiten beider Autoren berichten über Geschwulstexstirpationen aus den Orbitalwänden mit Benutzung der mehr oder weniger modificirten Krönlein-schen temporären Jochbeinresektion, so dass dieselben hier gemeinsam besprochen werden können. S.'s Fall betrifft einen 28jährigen Mann, an Exophthalmus (s. Photogramm) und Diplopie leidend, wofür als Grund eine leicht am Orbitaldache fühlbare Knochengeschwulst fühlbar war. Operation: Schnitt in der Schläfengegend 1 cm oberhalb des Margo supra-orbitalis an der Stirnbeinkante beginnend, nach unten dem äußeren Orbitalrande entlang bis zum oberen Jochbogenrande, ferner ein Querschnitt, dem oberen Orbitalrande entlang bis nahe zum inneren Augenwinkel. Abhebung der Periorbita oben und seitlich bis zur Fissura orbitalis inf. In letztere wird die Drahtsäge eingeführt, 1mal nach außen oben hinter den Proc. zygomaticus des Stirnbeines, zweitens hinter den Proc. frontalis des Jochbeines. Aussägung des Jochbeinkeiles mit Schonung seiner Weichtheilverbindungen, worauf nach entsprechender Auseinanderziehung aller Theile die walnussgroße, dem Orbitaldach aufsitzende und bis an den Canalis opticus reichende Geschwulst gut angreifbar wird. Ausmeißelung derselben. Glatte Heilung mit Beseitigung des Exophthalmus und der Diplopie.

In B.'s Falle handelte es sich bei einem 14jährigen Gymnasiasten um eine sehr auffällige glatte, knochenharte Auftreibung des linken Jochbogens, des äußeren Orbitalrandes und der Schläfengegend, wodurch der übrigens normal fungirende Bulbus nach innen und vorn gedrängt war. Da hiernach zu erwarten war, dass nicht nur die äußere Orbitalwand, sondern auch der Körper des Jochbeines erkrankt sei, musste auch gesucht werden, diesen in die Temporärresektion mit einzubeziehen. Bei der gewählten Schnittführung wurde außer auf gute Freilegung des Operationsgebietes besonders auf Schonung des Facialis, der Kaumuskeln, des 2. Trigeminusastes, so wie auf Vermeidung abundanter Blutung und Nichteröffnung der Kieferhöhle Rücksicht genommen. Der 1. Schnitt, bogenförmig am äußeren Augenhöhlenrande bis zum Niveau der Lidspalte, entsprach der Krönlein'schen Methode. Ferner wurde der Jochbogen etwas vor dem Tragus entblößt und mit der Knochenschere durchgekniffen. Das untere Augenlid wurde dicht lateralwärts vom Thränenpunkte in sagittaler Richtung zwischen 2 Pincetten durchschnitten, wonach sich der laterale Lidwundrand weit lateralwärts zurückzog. Vertiefung des Schnittes hart auf dem Knochen bis zum unteren vorderen Winkel des Jochbeines bezw. bis zur Sutura zygomatico-maxillaris. Bei Abwärtsziehung des lateralen Unterlidtheiles Spaltung der Conjunctiva in ihrer Umschlagsfalte, indem sich das Messer einige Millimeter nach hinten vom Infraorbitalrande hart auf den Knochen hält, nach außen hin, bis sich der Schnitt mit dem unteren Ende des 1. vertikalen Schnittes vereinigt. Nach Abhebelung der Periorbita und schützender Beiseitehaltung des Bulbus durchsägt B. mittels Stichsäge durch den Processus zygom. des Stirnbeines und das Jochbein in der Gegend der Sutura zygmatico-maxillaris. Das umschnittene Knochenstück wird nach außen luxirt, und man kann nun frei in die Gegend des Proc. pterygoideus und der Schädelbasis sehen, auch das Foramen opticum tasten. Hyperostotische Verdickungen am Jochbeine, Jochfortsatze des Stirnbeines und an den Nachbarknochen werden mit der schneidenden Knochenzange thunlichst entfernt. Reposition des Jochbeines, Naht etc. Sehr gute Heilung ohne jede nachbleibende üble Folge.

Die Abänderung des ursprünglich Krönlein'schen Operationsverfahrens ist in diesem Falle eine so erhebliche, dass B. mit Recht seine Methode als eine neue bezeichnet. Die von ihm benutzte Schnittführung am Knochen ist durch 2 Schädelfiguren erläutert. Die früheren, ähnliche Operationszwecke verfolgenden Schnittführungsmethoden sind ausführlich in historisch-kritischer Weise zusammengestellt und besprochen. Das B.'sche Verfahren hat sich einstweilen 1mal gut bewährt und kann weiterhin empfohlen werden für Geschwülste der Fossa spheno-maxillaris, des Jochbeines, der Orbita, für Fremdkörper der Fossa spheno-maxillaris, wie als Voroperation zur Resektion des 2. ev. auch des 3. Trigeminusastes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **J. N. Teterewjatnikow.** Über die Häufigkeit der Adenoiden, ihren Zusammenhang mit Ohrenleiden und über Aprodexie bei Schulkindern.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. Hft. 2. [Russisch.])

Unter 7270 ambulatorischen Kranken der Basanow'schen Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke in Moskau (während 3 Jahren) litten 594 (=8%) an Adenoiden. In einem Moskauer Gymnasium fand T. das Leiden in 20% (200 Schüler wurden untersucht). Zur Nachprüfung der Beobachtungen Guye's theilte T. die Schüler in zwei Gruppen: gute und schlechte (nach ihren Fähigkeiten). Erstere athmeten meist frei durch die Nase, letztere klagten meist über verschiedene Nasen-, Ohren- oder Kehlkopfleiden. Verf. bringt 3 Fälle, wo die Fähigkeiten nach Entfernung der Wucherungen besser wurden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

29) **Blencke.** Ein Fall von multipler Sklerose nach einem Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 2.)

Nach kurzer Erwähnung der in der Litteratur bis jetzt veröffentlichten und ätiologisch auf ein Trauma zurückgeführten Fälle von multipler Sklerose, so wie nach näherem Eingehen auf das Wesen dieser Erkrankung und auf die zur Zeit sich theilweise entgegenstehenden Meinungen der Autoren hinsichtlich der Ätiologie derselben stellt sich Verf. auf den Standpunkt Mendel's, der die Entstehung der multiplen Sklerose nach Trauma durch die Gussenbauer'sche mechanische Theorie von der Wirkung der Erschütterung der Wirbelsäule auf die Cerebrospinalflüssigkeit und auf den Gefäßinhalt zu erklären sucht.

Als Beitrag zur Anerkennung traumatischer Einflüsse bei der Entstehung der multiplen Sklerose bringt Verf. folgende Krankengeschichte:

Ein 40jähriger Mann, der weder irgend wie erblich belastet, noch angeblich je ernstlich krank gewesen, noch Zeichen einer überstandenen Geschlechtskrankheit bietet, auch übermäßigem Alkoholgenusse nicht ergeben ist, fiel vor etwa 2 Jahren, im Begriffe, in seinem Laden Lampen aufzuhängen, von der Trittleiter herab und auf den Rücken. Abgesehen von geringen Kreuzschmerzen bestehen Anfangs keine Beschwerden. Bald darauf treten Kopf- und Gliederschmerzen, so wie Schwindelgefühl auf, und mit der Zeit entwickelt sich das ausgesprochene Bild der multiplen Sklerose bei demselben (skandirende Sprache, Nystagmus, Intentionstremor etc.).

Da es sich im vorliegenden Falle nicht um einen Unfallkranken handelt, glaubt Verf. jeden Verdacht von der Hand weisen zu können, dass der Pat. falsche Angaben über seinen früheren Gesundheitszustand gemacht oder Symptome seiner gegenwärtigen Erkrankung erfunden oder übertreibe. **Motz** (Hannover).

30) **W. H. Hudson, L. F. Barker, S. Flexner.** A case of glioma of the lower cervical region of the spinal cord producing a total transverse lesion, in which there was spasticity of the lower limbs and persistence of the deep reflexes.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juni.)

Der Fall ist darum für den Chirurgen interessant, weil der 50 Jahre alte Mann 6 Monate vor Auftreten der ersten Symptome (Schmerzen entlang der Rücken-

wirbelsäule und ausstrahlend in Beine und Füße, Steigerung der Kniereflexe, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen) von einem Pferde gestürzt und auf Schultern und Nacken gefallen war, und weil die Ausbildung der späteren Symptome (s. Überschrift) an eine intradurale Geschwulst und an die Möglichkeit eines operativen Eingriffes denken ließ. Der Fall ist pathologisch, anatomisch und histologisch ausgezeichnet studirt und durch vorzügliche Wiedergabe der mikroskopischen Bilder des Rückenmarks bemerkenswerth.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

31) **J. J. Putnam** und **J. C. Warren.** The surgical treatment of tumors within the spinal canal.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Oktober.)

Die Verff. führen die Arbeiten von Horsley, Starr, v. Bruns, Schlesinger (Wien) u. A. weiter und stellen eine Anzahl operirter Fälle von Geschwülsten des Wirbelkanales zusammen.

Von den 3 eigenen Fällen handelte es sich im ersten um eine Geschwulst von Olivenform und -Größe, welche in der Höhe des 9. Rückenwirbels in den Maschen der Pia mater auf der linken Seite des Rückenmarkes lag, zu typischen linksseitigen Kompressionserscheinungen führte und nach Aufmeißlung des Wirbelkanales und Incision der Dura sich fast ohne Blutung stumpf aus ihrem Lager auslösen ließ. Es trat beträchtliche Besserung, wenn auch keine völlige Heilung ein. Über die Natur der Geschwulst ist nichts angegeben.

Im 2. Falle handelte es sich um ein Endotheliom des Rückenmarkes selbst, das bereits 19 Jahre lang Symptome machte. Zum 1. Male wurde dieser Fall (43jähriger Mann) 15 Jahre nach Beginn der Erkrankung operirt; da man das Mark in seiner ganzen Dicke erkrankt fand, so musste die Operation unvollendet gelassen werden. Trotzdem trat eine erhebliche Besserung der Beschwerden ein, die einige Jahre anhielt. Auf erneute Beschwerden wurde nach 4 Jahren eine 2. Operation unternommen, bei der das Mark noch mehr verdickt gefunden wurde. Ein zur mikroskopischen Diagnose entnommenes Stückchen ergab ein aus kleinen Rundzellen bestehendes Gewebe. Auch nach dieser Operation trat — Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit für einige Tage — vorübergehende Besserung ein.

Im 3. Falle traten bei einem jungen Manne 3 Jahre nach einem Sturze von der Leiter, der zu einer starken Quetschung und Zerrung der Halswirbelsäule geführt hatte, Störungen in allen 4 Extremitäten auf, die schließlich zu vollkommener Lähmung führten. Bei der Operation fand man den Wirbelkanal an der Hinterfläche durch Sarkomgewebe erodirt; dasselbe füllte den Kanal aus und drang ins Rückenmark. Durch Curettage wurden die Geschwulstmassen rings um das Mark entfernt. Vorübergehende Besserung. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

32) **M. v. Cačković.** Subkutanes Emphysem des ganzen Körpers nach einer Lungenschusswunde.

(Liečnički viestnik 1899. No. 2. [Kroatisch.])

6 Tage nach einer Schusswunde in die linke Brustseite trat plötzlich ein Emphysem des ganzen Körpers auf. Am Rücken neben der Wirbelsäule in der Höhe des 6. Brustwirbels ein jauchiger Abscess, aus dem das Geschoss entfernt wurde. Das Emphysem blieb durch 10 Tage fast stationär und begann dann erst abzufallen. Die Körpertemperatur kehrte bald nach Eröffnung des Abscesses zur Norm zurück. Pat. wurde geheilt entlassen.

Es ist jedenfalls eine Seltenheit, dass erst längere Zeit nach der Verletzung ein so umfangreiches Emphysem auftritt und dass es bei offenbarer schwerer Infektion (jauchiger Abscess) ohne bedeutende Komplikationen vergeht.

(Selbstbericht.)



33) **A. S. Warthin.** The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the mammary gland.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juni.)

W. beschreibt den interessanten histologischen Befund in 2 Fällen, welche Frauen von 39 und 40 Jahren betrafen. Der tuberkulöse Charakter war deutlich ausgesprochen durch zahlreiche miliare Knötchen von epithelioidem Gewebe, welches frei von Blutgefäßen war, centrale Verkäsung zeigte und Riesenzellen mit peripherer Anordnung der Kerne aufwies. Einzelheiten des histologischen Befundes, so wie die Erörterung des Zusammenhanges zwischen tuberkulöser und krebsiger Infektion müssen im Originale nachgesehen werden.

W. Sachs (Mühlhausen i/E.).

34) **O. Ehrhardt.** Über Paget's disease.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 130.)

E. veröffentlicht seine histologischen Untersuchungen eines Falles von Paget-scher Brustwarzenerkrankung, der von v. Eiselsberg operirt ist. Die Krankheit, eine 60jährige Frau betreffend, hatte bereits, wie gewöhnlich, unter der Maske eines einfachen Ekzems 5 Jahre bestanden, schließlich aber zu mammärer Geschwulstbildung mit Achseldrüseninfektion geführt. Pat. ging einige Tage nach der Mammaamputation an krebsiger Pleuritis zu Grunde. 4 schöne kolorirte Abbildungen veranschaulichen die von E. erhobenen Befunde. Besonderes Interesse haben die bei der Paget'schen Krankheit regelmäßig sich findenden »hellen, protoplasmareichen, oft in Nestern vereinigt liegenden« Zellen, die von einigen Autoren für Coccidien erklärt sind. Mit Karg und Unna spricht E. sich gegen eine solche parasitäre Natur dieser Zellen aus, schon desshalb, weil sie zahlreiche Mitosen zeigen. Vielmehr neigt er der Hypothese zu, dass es »entdifferenzirte« Epithelzellen seien, d. h. Zellen, die ihre specifischen Eigenschaften verloren haben. Des Weiteren ist hervorzuheben der Befund einer Granulationswucherung zwischen Epidermis und Rete Malpighi, eine seröse Exsudation zwischen den Zell-Lagen des letzteren, so wie eine Anhäufung von Unna'schen Plasma- und Ehrlich'schen Mastzellen an den Spitzen der Papillen (»Plasmom«, Unna). E.'s Schlussurtheil über die Paget'sche Krankheit geht dahin, dass sie ein primäres Hautcarcinom ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **S. Grosglik** (Warschau). Spastischer Verschluss der Speiseröhre als Symptom von Harninfektion.

(Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XI. Hft. 2.)

Einleitend bemerkt Verf. dass durch Harninfektion häufig Verdauungsstörungen, bestehend in Schlingbeschwerden, Erbrechen und Diarrhöe, verursacht werden. Die Schlingbeschwerden beziehen sich meist nur auf feste Speisen und haben ihren Grund in mangelhafter Speichelabsonderung und Trockenheit des Mundes. In seinem Falle hingegen waren die Schlingbeschwerden im unteren Theile des Ösophagus lokalisirt.

Ein 74jähriger Pat. mit Prostatahypertrophie und Urinretention, der katheterisirt werden musste und stark eitrigen Urin entleerte, erbrach und magerte ab. Der Charakter des Erbrechens änderte sich plötzlich, indem sofort nach dem Schlucken Alles erbrochen wurde, so dass Pat. gar nicht mehr ernährt wurde. Eine Sonde stieß 39 cm hinter den Schneidezähnen auf ein unüberwindliches Hindernis, wesshalb ein Specialist die Diagnose auf Ösophaguscarcinom stellte. Verf. nahm aber wegen des plötzlichen Eintrittes der Stenose urinöse Kachexie und spastischen Verschluss der Speiseröhre in Folge Urinintoxikation an, und in der That durch täglich 4malige Entleerung der Blase und Ausspülungen mit Argentum nitr. 1:2000 besserte sich der Zustand rasch, so dass Pat. nach wenigen Tagen flüssige und nach 2 Wochen feste Speisen schlucken konnte und sich rasch erholte. Es ging dies Hand in Hand mit der Besserung des Zustandes der Blase.

F. Brunner (Zürich).

36) **G. Killian** (Freiburg i/Br.). Die ösophagoskopische Diagnose des Pulsionsdivertikels der Speiseröhre.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 4.)

Im Gegensatze zu Rosenheim ist es K. neuerdings in 2 Fällen von typischem Pulsionsdivertikel gelungen, durch die Ösophagoskopie einen klaren und Jedem demonstrablen Befund zu erheben. Die Divertikel saßen an der hinteren Speiseröhrenwand dicht unter der Ringknorpelplatte; ihr Grund war von der Zahnreihe ca. 20 cm weit entfernt. Die Einführung des Rohres aus dem Sacke in die Speiseröhre und aus dieser in jenen ging ohne wesentliche Schwierigkeiten vor sich. Zur Reinigung des Sackes benutzte K. eine einfache Saugpumpe.

Kramer (Glogau).

37) **W. Bartlett** (St. Louis, Mo.). Surgical and pathological features of tuberculosis of the esophagus, with reports of two autopsies.

(Med. review 1900. Januar 20.)

Verf. giebt, neben einleitenden Worten über die Seltenheit der Speiseröhrentuberkulose und einer Schilderung des pathologischen Bildes und der ev. in Frage kommenden Therapie derselben, an der Hand der Sektionsprotokolle zweier an miliarer Tuberkulose gestorbenen Neger eine Beschreibung der dabei gefundenen tuberkulösen Veränderungen der Speiseröhre.

In dem 1. Falle zeigt die vordere Schleimhautwand der Speiseröhre 5 Fisteln, deren Lichtungen zwischen der Stärke eines Gänsekieles und eines starken Bleistiftes schwanken; sie führen nach eben so vielen peribronchialen und hinteren mediastinalen Lymphdrüsen. Die Mündung der Fisteln ist, wie überhaupt die ganze mittlere Hälfte der Speiseröhre, mit unzähligen Geschwüren bedeckt, deren erhabene Ränder mit vielen käsigen Knötchen bedeckt sind. — Ebenfalls an ihrer vorderen Wand zeigt die Schleimhaut der zweiten gewonnenen Speiseröhre eine fistulöse Öffnung, die nach vorn und oben zu einer, direkt hinter der Bifurkationsstelle der Luftröhre gelegenen, verkästen Lymphdrüse führt. Außer vier kleinen oberflächlichen Geschwüren in unmittelbarer Nähe der Fistelöffnung sind keine weiteren tuberkulösen Veränderungen der Speiseröhre zu bemerken.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

38) **J. Hagen-Torn.** Ein operativ behandelter Fall von angeborener Sacralgeschwulst beim Erwachsenen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines sehr interessanten Falles von angeborener Sacralgeschwulst, welche neben einem ausgedehnten Konvolute von Darmschlingen Gewebe von mannigfacher Art enthielt, das zum Theil sarkomatösen und myxosarkomartigen Geschwülsten glich. H. meint, dass man bei der Beurtheilung und selbst bei der mikroskopischen Deutung der bösartigen Natur solcher Geschwülste sehr vorsichtig sein muss. In dem geschilderten Falle einer ausgesprochenen Mischgeschwulst sieht er nun den deutlichen Beweis gegeben, dass man es hier mit einem Teratom, einem Foetus in foetu, zu thun habe. Es sei desshalb anzunehmen, dass solche Mischgeschwülste denselben Ursprung hätten wie die einfachen Doppelmissbildungen. Ferner aber ergiebt sich aus der Beobachtung, dass solche angeborene Sacralgeschwülste, welche auch keine Organe, wie Darm, Haare, Knochen etc., aufweisen, trotzdem als subkutane Parasiten anzusehen seien, so dass in Folge dessen alle angeborenen Sacralgeschwülste, ausgenommen mehrere Formen der Spina bifida, Cysten und Fisteln, nach Stolper's Anschauung als durch doppelte Keimanlage entstanden zu betrachten seien, was für eine einheitliche Auffassung dieses noch strittigen Gebietes von großer Wichtigkeit ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. Sonnabend, den 21. April. 1900.

I. Der Weg zum Ganglion Gasseri.

Von

Fedor Krause in Altona.

Die Arbeit des Herrn A. B. Tichonowitch in No. 12 dieses Blattes veranlasst mich zu einigen Bemerkungen. Jeder, der die Exstirpation des Ganglion Gasseri am Lebenden ausgeführt hat, weiß, dass die Schwierigkeiten der Operation erst beginnen, wenn der dritte Ast innerhalb der Schädelhöhle freigelegt ist. Von diesem Zeitpunkte an muss man ständig den genauesten Überblick über das Operationsfeld haben, welches bekanntlich in der mittleren Schädelgrube zwischen der knöchernen Schädelbasis und der diese bedeckenden Dura mater gelegen ist. Um hier in die Tiefe vordringen und das Cavum Meckelii, in dem das Ganglion liegt, in seinem ganzen

Bereiche freilegen zu können, muss der Schläfenlappen des Gehirns in der schützenden Duralhülle gehoben werden, freilich, wie ich bereits in meiner ersten Mittheilung auf dem Chirurgenkongresse vom Jahre 1892 betont, so wenig als nur irgend möglich. Ganz vermeiden lässt sich das bei keiner Methode, sonst arbeitet man in dieser gefährlichen Tiefe im Finstern und könnte Sinus cavernosus, die in ihm liegende Carotis interna, die 3 Bewegungsnerven des Auges verletzen, Ereignisse, die leider sämmtlich vorgekommen sind, aber der Methode, wie ich sie angegeben, nicht zur Last fallen. Außerdem kann von einer wirklichen Ausrottung des Ganglion, die allein Heilung gewährleistet, dann nicht die Rede sein, die partiellen Exstirpationen aber sind eben so wie die Anwendung des scharfen Löffels und ähnlicher Instrumente durchaus zu verwerfen.

Ausdrücklich habe ich vorgeschrieben, dass man, um die Hebung des Gehirns auf das geringste Maß zu beschränken, die seitliche Schädelwand bis unmittelbar zu ihrem Übergang in die Schädelbasis, also bis zur Crista infratemporalis, fortnehmen solle. Trotzdem ist eine Resektion des Jochbogens zu diesem Zwecke völlig unnöthig. Ein Blick auf einen oben aufgesägten Schädel lehrt, dass der obere Rand des Jochbogens in demselben Niveau mit der intrakraniellen Öffnung des Foramen ovale gelegen ist, also unser Operationsfeld in keiner Weise beschränkt. Beachtet man die obige Vorschrift genau, so ist der Weg zum Ganglion wesentlich erleichtert, während ihr Nichtbefolgen die Ausführung der Operation außerordentlich erschweren, ja unmöglich machen kann.

Gegen das Verfahren von Quénu und Sebileau spricht die geringere Zugänglichkeit des Operationsfeldes, meiner Ansicht nach das ausschlaggebende Moment bei der sehr schwierigen Operation. Ich habe jede angegebene Modifikation des temporalen wie des sphenoidalen (zuerst von William Rose eingeführten) Verfahrens an der Leiche geübt, eben so alle Kombinationen der beiden Methoden, niemals aber habe ich mich überzeugen können, dass irgend eine das Operationsfeld so frei legt wie mein temporales Verfahren. Diese Wahrnehmung, die ich durch 22 an Lebenden unternommene und in jedem Falle zu Ende geführte intrakranielle Trigeminusresektionen begründen kann, veranlasst mich, vorliegende Zeilen zu schreiben. Anatomische Untersuchungen an der Leiche, so werthvoll sie an sich sind, können meine Ansicht nicht erschüttern. Denn was die Operation in einzelnen Fällen so maßlos erschwert, ist die venöse Blutung aus den Duralvenen, und diese wirkt bei engem Zugange natürlich noch um Vieles störender als bei guter Übersichtlichkeit der tiefen Wunde. Dagegen ist die Unterbindung des Stammes der A. meningea media nach meinem Verfahren so sicher, dass ich sie 1892 als typische Operation empfohlen und bisher 3mal mit Erfolg bei Blutungen ausgeführt habe. Bekanntlich hat Wölfler durch Rudolf Steiner diese Ansicht 1894 bestätigen lassen.

Da ich bei der Bildung des Knochenlappens die neueren technischen Fortschritte für werthvoll halte, so füge ich einige Notizen über diesen Theil der Operation bei. Ich bohre zuerst am oberen Rande des später zu bildenden uterusförmigen Lappens vorn und hinten von 2 kleinen Schnitten aus mit der Doyen'schen Fraise je ein Loch durch die Schädelkapsel, führe mit Hilfe der von Braatz oder meinem früheren Assistenten Gross angegebenen Instrumente eine Gigli'sche Säge quer ein und säge den Knochen von innen heraus durch; zunächst bleibt die Hautbrücke stehen. Hierauf werden die beiden nach unten laufenden Ränder des Lappens, und zwar, um die Blutung aufs geringste Maß zu beschränken, immer stückweise mit dem Messer gebildet und der Knochen hier mit der Dahlgreen'schen Zange durchschnitten, so weit herunter als dies möglich ist. Nun wird oben die Hautbrücke getrennt und der Knochen mit einem eingesetzten Raspatorium nach unten umgebrochen. Die zackige Bruchlinie verläuft stets im dünnsten Abschnitte der Schläfenbeinschuppe und etwa 1 cm oberhalb des Jochbogens; nun muss, worauf ich aus den schon angeführten Gründen noch einmal ganz besonders hinweise, die unten stehen bleibende und den Einblick wesentlich hindernde Knochenleiste bis an die Schädelbasis (Crista infratemporalis) mit der Hohlmeißelzange fortgenommen werden. Vorher hat man natürlich das Periost hier vom großen Keilbeinflügel und von der Schläfenbeinschuppe stumpf abgeschoben. Nun kann man, ohne den Jochbogen zu reseciren, den an Haut, Schläfenmuskel und Periost hängenden Lappen über das Jochbein herunterschlagen und hat freien Zugang zur mittleren Schädelgrube. In den weiteren Akten der Operation habe ich trotz der viel umfangreicheren Erfahrungen keine Abweichungen von meiner früheren Darstellung zu verzeichnen.

II. Zur Technik des Verschlusses des Darmlumens[1].

Von

Dr. R. v. Barącz,

Docent für Chirurgie an der Universität Lemberg.

In No. 27 des Centralblattes für Chirurgie 1899 veröffentlicht F. de Quervain einen Artikel unter dem Titel »Zur Verwendung der Tabaksbeutelnaht« und weist darauf hin, dass Doyen dieser Nahtweise eine allgemeinere Anwendung in der Bauchchirurgie gegeben hat, indem er sie zum Verschlusse des vorher abgebundenen Wurmfortsatzes, des Darmes und sogar des Magens, so wie des Douglas nach abdomineller Hysterektomie heranzieht.

Dadurch angeregt, hat de Quervain diese Nahtweise in einer Anzahl von Fällen versucht und sie auch zum Verschlusse des Peri-

---

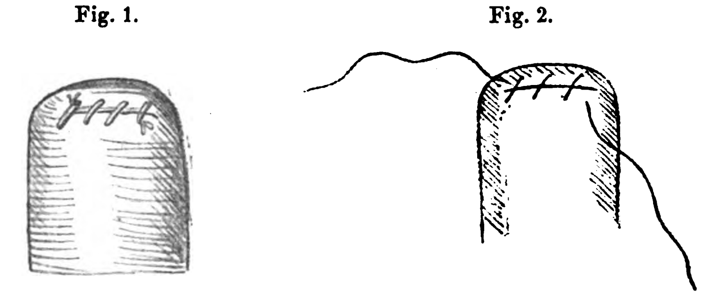
[1] Nach einem auf dem IX. Kongresse polnischer Chirurgen zu Krakau am 19. Juli 1899 gehaltenen Vortrage mit Präparatendemonstration.

toneums (Behufs Verhinderung der Verwachsung der Bauchorgane mit der Nahtlinie) verwandt (ausstülpende Tabaksbeutelnaht).

In dem zur Zeit erscheinenden, von v. Bergmann, P. v. Bruns und v. Mikulicz herausgegebenen »Handbuch der praktischen Chirurgie« beschreiben v. Mikulicz und Kausch in dem Artikel »Technik der Operationen am Magen-Darmkanale« wieder den Schnürverschluss nach Doyen als die beste Methode des Verschlusses des Darmlumens. Die Methode von Doyen beruht bekanntlich in: Abquetschung der Darmwand mittels einer speciellen Zange (pince-clamp, vasotribe, pince à écrasement[2]), wodurch die Unterbindung der Gefäße überflüssig ist; Ligatur in der Quetschfurche, Abtragung der Schleimhaut mit der Schere, Verschorfung der kleinen Öffnung des Stumpftrichters mit einem feinen Paquelin, Anlegung der Schnürnaht, Einstülpung des Schnürstumpfes, Knüpfung der Schnürnaht; darüber folgt eine zweite eben solche Schnürnaht.

»Der Vortheil des Doyen'schen Verfahrens ist ein mehrfacher: Der blinde Verschluss wird schneller und sicherer bewerkstelligt, als durch die einfache Naht; der Hauptvortheil aber ist der, dass der Darmverschluss fast ganz aseptisch zu vollziehen ist.«

Fig. 1. Fig. 2.



Da dasselbe Ziel: der feste, verlässliche Verschluss des Darmlumens, auf etwas einfachere Weise sich erreichen lässt durch die Anwendung der dazu von N. Senn[3] schon im Jahre 1889 angegebenen Methode und der von mir im Jahre 1891 ersonnenen und seitdem von mir vielmals mit bestem Erfolge ausgeführten Modifikation[4] derselben, und beide Vorgänge von den genannten Forschern unbeachtet blieben, erlaube ich mir beide an dieser Stelle ganz kurz nochmals anzugeben.

---

[2] v. Mikulicz hat diese Zange einfacher konstruirt und Enterotrib benannt.

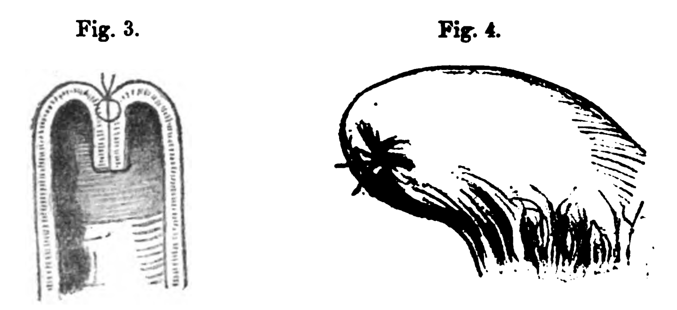
[3] Nicholas Senn, Experimental surgery 1889. p. 468 u. 469. Chicago.

[4] Vergleiche meine Arbeiten: Über den Werth der Enteroanastomose mittels der Plättchennaht nach Senn in der Magen-Darmchirurgie. Archiv für klin. Chirurgie 1892. Bd. XLIV. Hft. 3; ferner Kohlrübenplatten als Ersatz für decalcinirte Knochenplatten bei der Senn'schen Plattendarmnaht. Ibid.; und Experimenteller Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschlusse der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVIII. Hft. 1.

Senn hat zum Verschlusse des Darmlumens eine 1 cm tiefe Invagination des Darmstumpfes und Anlegung einiger Stiche fortlaufender Naht, welche nur Serosa und Muscularis fassen sollen, empfohlen (vgl. Fig. 1). Ich habe diese Verschlussart vielmals mit bestem Erfolge angewandt, kam jedoch bald zur Überzeugung, dass man sie — besonders bei kleinem Darmlumen — dadurch vereinfachen kann, dass man die Enden einiger Stiche der nicht zu dicht angelegten fortlaufenden Naht einfach zusammenknotet, d. i. diese Naht in eine Schnürnaht verwandelt (vgl. Fig. 2, 3 und 4).

Die Technik ist sehr einfach. Nach Säuberung des Darmlumens mit Sublimatwattebäuschchen stülpt man das freie Ende ca. 1 cm tief in das Darmlumen ein. Hierauf legt man 2—3 nicht zu dichte Stiche der Kürschnernaht nach Lembert und knotet beide Enden des Fadens fest. Wenn man schon den ersten Stich knotet, kann man dann fast ohne Assistenz die weiteren paar Stiche anlegen und die Enden des Fadens an die erste Naht festbinden. Oder man kann gleich nach der Invagination die dazu benutzte Schieberpincette ent-

Fig. 3. Fig. 4.



fernen und mit einer oder zwei Hakenpincetten mit Sperrvorrichtung den Darmstumpf invaginirt halten; dann braucht man nur die beiden Fadenenden der fortlaufenden Naht an einander zu binden. Dieser Verschluss lässt sich in kaum einer Minute ausführen. Dabei kommen die Serosaflächen so dicht an einander (vgl. Fig. 3), dass die zweite Nahtreihe entbehrlich ist. Die Unterbindung blutender Gefäße in der Schleimhaut ist meistentheils entbehrlich, da das Verfahren die Blutung sogar aus größeren arteriellen Gefäßen stillt.

Ich wandte diese Naht viele Male an zum Verschlusse des Ileums und Colon bei meinen zahlreichen Experimenten mit der Senn'schen Plattendarmnaht, ohne Rücksicht auf Weite des Lumens. Die Erfolge waren stets gut, die blind vernähten Darmenden bildeten abgerundete wurstartige Gebilde, und der invaginirte Darmtheil bildete im Darmlumen halbkugelförmige Anhängsel, wodurch an diesen Stellen die Darmwand sich bedeutend verdickte (vgl. Fig. 5 und 6).

Für den Vortheil dieses Darmverschlusses sprechen am meisten meine Versuche mit der totalen Darmausschaltung mit totalem Ver-

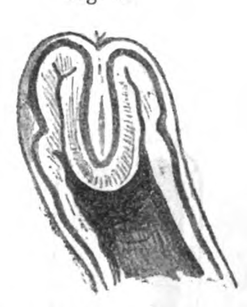
schlusse der ausgeschalteten Darmschlinge, da, trotzdem sich in manchen Fällen in dem so ausgeschalteten Darmstücke Geschwüre bildeten und es zur Accumulation enormer Mengen Sekret kam, so dass diese Schlinge prall gespannt, wurstförmig aussah, diese Naht immer fest hielt, und es immer zur festen Narbe an den beiden blind verwachsenen Enden kam.

Auch der von Senn angegebene Vorgang ergab die besten Resultate in den Versuchsfällen. In einem Falle von totaler Darmausschaltung mit totalem Verschlusse beim Menschen[5] wurde in Folge von Weite der Darmlumina der Vorgang nach Senn (fortlaufende Naht) an den 4 Lumina ausgeführt; es wurden hier nicht nur beide Enden des Schaltstückes, sondern auch die Lumina des Hauptdarmes so verschlossen, da die Ileokolostomie hier mittels der Kohlrübenplatten bewerkstelligt wurde; es hielten alle 4 Verschlüsse fest, und Pat. ist dauernd (!) genesen.

Fig. 5.



Fig. 6.



Die erreichten Erfolge illustriren am besten die naturgetreuen Abbildungen der longitudinalen Durchschnitte der auf diese Weise geschlossenen Darmenden. Fig. 5 zeigt den longitudinalen Durchschnitt eines 134 Tage alten Verschlusses eines Colonschenkels und stammt aus einem Falle von totaler Darmausschaltung. Die resecirten Stümpfe des Hauptdarmes wurden blind vernäht und mittels der Kohlrübenplattennaht seitlich anastomosirt. Das Präparat bildet ein blind vernähtes Colonende. Das invaginirte Stück, in welchem alle Darmschichten erkennbar sind, bildet einen in das Darmlumen hineinragenden Zapfen, welcher überall mit der Mucosa ausgekleidet ist (Formalinpräparat). Fig. 6 zeigt den longitudinalen Durchschnitt eines 43 Tage alten Verschlusses des Colon transversum und stammt aus einem Versuchsfalle (Hund) der totalen Darmausschaltung.

Um die Widerstandskraft meines Verfahrens mit dem Doyenschen approximativ zu vergleichen, stellte ich auch Versuche an menschlichen Leichen an und prüfte beide Verfahren, wobei ich mich der Billroth'schen Klemmzange zum Abklemmen des Ovarialstieles resp. der breiten Mutterbänder bediente, mit der ich mit voller

[5] Vgl. Centralblatt für Chirurgie 1894. No. 27.

Faustkraft den Darmschlauch durch einige Sekunden zusammenpresste. Es stellte sich dabei heraus, dass das Verfahren das Darmlumen hermetisch abschließt.

Bei dieser Gelegenheit prüfte ich auch an der Leiche mein Occlusionsverfahren zum Verschlusse des unteren Theiles des quer durchschnittenen Colon descendens.

Es gelang mir an der Leiche, nach querer Durchschneidung der Flexur und Einschnitt des Mesocolons das untere Ende der Flexur tief zu invaginiren, mittels Tabaksbeutelnaht hermetisch zu verschließen und nach Umschneidung der Analöffnung und Unterbindung des Analtheiles des Rectum das letztere sammt Flexur als einen geschlossenen Beutel zu exstirpiren.

Die Vorzüge meines Verfahrens wären folgende: 1) der Vorgang ist sehr einfach und lässt sich fast ohne Assistenz ausführen; 2) es reicht nur eine Reihe der fortlaufenden Naht aus; 3) es brauchen die blutenden Gefäße in der Schleimhaut nicht unterbunden zu werden; 4) der Verschluss lässt sich in kaum einer Minute ausführen.

Das Verfahren eignet sich besonders zum Verschlusse kleiner Darmlumina (bei Kindern), ferner auch:

1) Zum Verschlusse des distalen Endes des Ileums, wenn man die Ileokolostomie durch Implantation in das Colon ascendens auszuführen beabsichtigt;

2) zum blinden Verschlusse der resecirten Darmenden, wenn man dann die Enteroanastomose nach Senn's Vorgang auszuführen beabsichtigt;

3) zum Verschlusse des resecirten Processus vermiformis;

4) bei der Ausführung der totalen Darmausschaltung, zum blinden Verschlusse der auszuschaltenden Darmschlinge, wenn das Schaltstück mit den Hautdecken durch eine Fistel kommunicirt (v. Eiselsberg);

5) bei der wegen einer bösartigen Neubildung auszuführenden Darmresektion könnte man die zur Resektion bestimmte Schlinge provisorisch ausschalten, d. i. an beiden Enden, auf die von mir angegebene Weise, blind verschließen Behufs Versicherung vor möglicher Infektion der Peritonealhöhle;

6) endlich zum Verschlusse des Colon descendens, bei der Exstirpation des hochsitzenden Mastdarmkrebses mittels der abdominoperinealen (resp. abdomino-sacralen) Methode.

Das Senn'sche wie mein Verfahren können somit das Doyen'sche ersetzen.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Schematische Abbildung des Senn'schen Vorganges des Darmverschlusses (Invagination und Kürschnernaht nach Lembert).

Fig. 2. Schematische Darstellung meiner Modifikation des Senn'schen Darmverschlusses (Invagination und Schnürnaht).

Fig. 3. Longitudinaler Durchschnitt nach meinem Verfahren.
Fig. 4. Nach meinem Verfahren geschlossenes Colonende, bei der totalen Darmausschaltung beim Hunde 43 Tage nach der Operation.
Erklärung der Fig. 5 und 6 im Texte.

---

1) **A. A. Kadjan.** Über die Behandlung der Perforationsperitonitis bei Unterleibstyphus.

(Bol. Gas. Botkina 1899. No. 36 u. 37. [Russisch.])

Von 10 Fällen, die operativ behandelt wurden, genas nur 1 Pat. Die Peritonitis ist nicht immer diffus, sondern bleibt oft begrenzt. Mit der Operation soll man sich nicht beeilen, sondern abwarten, bis der anfängliche Collaps vergeht; früh operirte Fälle geben keine besseren Resultate, als solche, wo man zuerst abwartete.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

2) **Lühe** (Königsberg i/Pr.). Zur Frage der Bruchanlage.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 1.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass neben der Weite des Leistenkanales auch sehr wohl die Richtung und Länge desselben für die Entstehung von äußeren Leistenbrüchen in Betracht kommen könne. Bei der gewohnheitsmäßigen Abtastung der Leistenringe Wehrpflichtiger und Rekruten hat L. nämlich gefunden, dass nicht nur die Weite, sondern auch die Richtung des Kanales großen Schwankungen unterworfen seien. Man findet alle Mittelstufen von einem schräg von außen oben nach innen unten verlaufenden, etwa 2—3 cm langen und für einen dünnen Zeigefinger unschwer durchgängigen Kanal bis zu einem solchen, welcher gerade von hinten nach vorn verläuft, für einen Daumen gut durchgängig und so kurz ist, dass von einem Kanal überhaupt nicht mehr die Rede ist, innerer und äußerer Leistenring vielmehr zusammenfallen. In diesen extremen Fällen pflegen die Bauchwände überhaupt und zumal in der Umgegend des äußeren Ringes dünn zu sein, und kommt dies auch bei im Übrigen durchaus kräftigen Menschen vor, ja, die Bauchmuskulatur kann selbst ganz kräftig sein. Verf. glaubt, dass ein solches Verhalten eine individuelle anatomische Disposition zur Entstehung von Leistenbrüchen darstelle. (Selbstbericht.)

---

3) **V. Remedi** (Siena). Über die Hernien der Tuba uterina und der accessorischen Tuben.

(Sep.-Abdr. aus Cagliari-Sassari, **G. Dessi,** 1898.)

Zusammenstellung der in der Litteratur bekannten Fälle von Tubarhernien, nebst Mittheilung von 2 einschlägigen Beobachtungen. Erstens: linksseitiger Leistenbruch; der Bruchsack enthält Netz und Tube; Reduktion der letzteren, Resektion des Netzes, Radikaloperation, Heilung. 2. Fall: Rechtsseitiger Schenkelbruch, enthält eine Cyste nebst anschließendem strangförmigen Gebilde. Dieser Strang hat

histologisch die größte Ähnlichkeit mit der Tube; da jedoch jede Verbindung mit dem entsprechenden Eierstock fehlt, glaubt Verf., dass es sich um eine (cystisch dilatirte) accessorische Tube, um Hydroparasalpinx handelte. Exstirpation, Heilung. Unter den vom Verf. zusammengestellten 24 Fällen von Tubenhernien finden sich 9 inguinale und 10 crurale; der Rest konnte nicht genauer bestimmt werden. Die rechtsseitigen Hernien sind häufiger als die linksseitigen; niemals sind die Tubarhernien als solche angeboren. Die wichtigste prädisponirende Ursache ist pathologische Veränderung der Tube selbst (Hypertrophie, cystische Degeneration). Die Tubarhernien haben große Neigung zu entzündlichen Komplikationen.

H. Bartsch (Heidelberg).

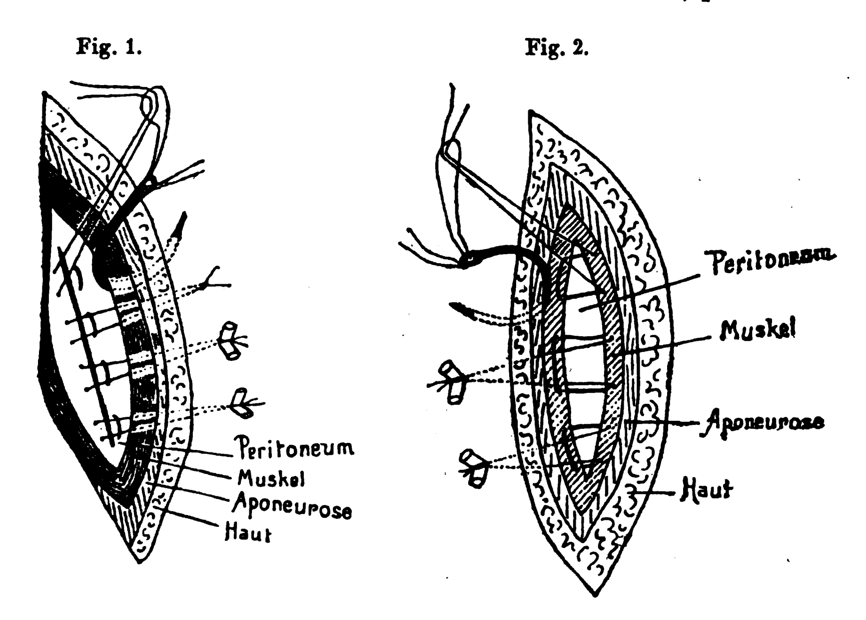
---

4) J. T. Ssabanejew. Einige Bemerkungen über Radikalbehandlung seitlicher Bauchbrüche.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 1.)

S. spricht von den Brüchen, die nach Resektion des Wurmfortsatzes mit Tamponade der Wunde zurückbleiben. Zur Beseitigung dieser Brüche muss man 2 Aufgaben lösen: 1) die Integrität der tiefen Schichten der Bauchwand wiederherstellen und 2) prima reunio

Fig. 1. Fig. 2.



erzielen. Endlich muss der Bruchsack gut entfernt werden. S. entfernt gleichzeitig mit letzterem auch den schwieligen Rand der Bruchpforte, der durch Verwachsung der vorderen und hinteren Aponeurose des Muskels gebildet wird; so liegen in der Wunde schließlich frei das Bauchfell, Muskeln und Haut; jede Schicht wird für sich vernäht, und zwar derart, dass nach Knüpfung derselben

die Nahtlinie unter intaktes Gewebe gelagert wird, was die Festigkeit der genähten Bauchwand sehr erhöht. Beifolgende Fig. 1 zeigt die Anlegung der Naht am Bauchfelle; die Nahtlinie wird nach

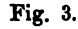
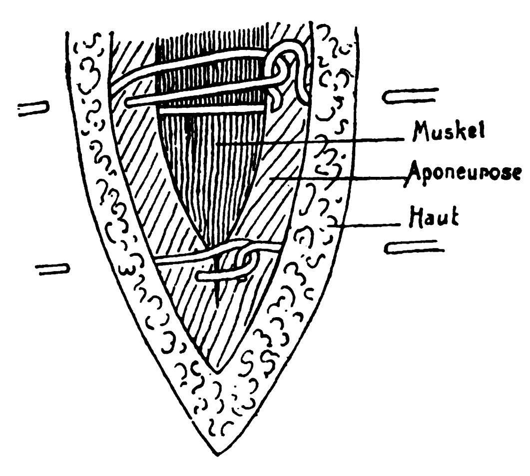


Fig. 3.



rechts verzogen; Fig. 2 die Naht der Muskeln mit Verziehung nach links; endlich Fig. 3 Aponeurose- und Hautnaht. In 2 Fällen erzielte S. durch diese Operationsmethode vollständige Beseitigung des Bruches.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

5) **P. Bade.** Eine neue Methode der Röntgenphotographie des Magens. Aus dem Röntgenkabinet der chirurgischen Universitätsklinik in Bonn.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 38.)

B. vermochte durch künstliche Aufblähung des Magens an sich selbst (Verschlucken von Acidum tartaricum und Natron bicarbonicum) ein deutliches Bild der Magenkontouren bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zu gewinnen, was bei den früheren Verfahren (Einführung für die Röntgenstrahlen undurchlässiger Substanz in den Magen) nicht möglich gewesen ist. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

6) **W. H. Bennet.** A clinical lecture on some cases of dilatation of the stomach considered from the surgical aspect.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

B. ist in den letzten Jahren verschiedentlich wegen Dilatation des Magens operativ vorgegangen.

Einmal fühlte er sich veranlasst, da er bei Betastung des Magens nichts Pathologisches entdecken konnte, denselben zu incidiren. Er fand dann eine spastische Kontraktur des Pylorus, nach deren gewaltsamer Dehnung die Sym-

ptome rapid zurückgingen; nach 10 Tagen konnte Pat. feste Nahrung ohne Beschwerden zu sich nehmen.

Bei einem zweiten Falle, bei welchem die Ursache der Magenerweiterung nicht aufzudecken war, wurde die Gastroplicatio ausgeführt. Nach anfänglicher Besserung ging Pat. zu Grunde, nachdem sich abermals eine starke Dilatation ausgebildet hatte. Bei der Sektion fand sich eine sehr enge Kontraktur des Pylorus.

Bei einem dritten Pat., der wegen sehr bedrohlicher Symptome — es war die Diagnose »perforirtes Magengeschwür« gestellt worden — zur Operation kam, fand sich nichts außer einer kolossalen Magenerweiterung. Die Operation musste wegen Schwäche der Pat. abgebrochen werden. Anfangs besserte sich der Zustand, dann bekam sie einen zweiten Anfall, welchem sie erlag. Die Sektion wies eine nur sehr geringe Erweiterung des Magens nach. Der Pylorus war normal.

Bei einer jungen Frau mit starker Magenerweiterung wurde Behufs Untersuchung Narkose eingeleitet. Nach völlig eingetretener Narkose war, ohne dass Erbrechen aufgetreten war, nichts mehr von der Dilatation zu entdecken; der Magen musste seinen Inhalt durch den Pylorus entleert haben.

Anlässlich dieser Fälle empfiehlt B., bei der sog. »idiopathischen« Magendilatation das Hauptaugenmerk auf den Zustand des Pylorus zu wenden. Eine völlige Gewissheit, schließt Verf., kann nur die Eröffnung des Magens und die Abtastung seines Inneren beim Lebenden geben. Ein negatives Sektionsergebnis beweist nichts.

Die intermittirende Magenerweiterung ist vielfach Folge von außerhalb des Magens gelegenen Faktoren, namentlich der Wanderniere. Nach Nephropexie sah B. innerhalb 3 Monaten eine beträchtliche Magendilatation schwinden.

Ein eigenartiger Fall ist folgender: Ein 35jähriger Mann litt seit 4 Jahren an Magenbeschwerden, denen anfänglich wenig Bedeutung beigelegt wurde. Später trat häufiges Erbrechen auf, und zwar immer nur dann, wenn er hastig aß, oder wenn große Mengen Flüssigkeit getrunken wurden. Geringe Mengen flüssiger Nahrung verursachten kein Erbrechen. Der Untersuchungsbefund wechselte häufig; einmal war die Gastrektasie sehr deutlich, ein ander Mal weniger ausgesprochen, am deutlichsten immer nach Zufuhr fester Nahrung. Schließlich entschloss sich Pat. zur Operation. Es fand sich an der unteren Partie der vorderen Magenwand, 1 Zoll vom Pylorus entfernt, eine gestielte Geschwulst, deren Stiel lang genug war, um die Verlegung der Pförtneröffnung zu gestatten. Nach der Operation schwanden die Beschwerden bis auf geringe Schmerzen bei Zufuhr von fester Nahrung. Die Geschwulst erwies sich als ein Colloidkrebs.

Die Diagnose Dilatatio ventriculi hat zu berücksichtigen, ob nicht Verhältnisse vorliegen, die auf reflektorischem Wege die Gastrektasie erzeugen. Als solche sind, abgesehen von Wanderniere, anzuführen chronische Eiterung der Ovarien und Appendicitis. Dem Plätschergeräusche legt B. nicht zu viel Werth bei, da dasselbe auch bei Ausdehnung des Colon zu beobachten ist. Andererseits kann bei sehr starker Gastrektasie die Leberdämpfung fast völlig schwinden, wie B. bei einem Manne beobachtete, dessen Magen in Folge peritonitischer Verwachsungen sehr stark gedehnt war. Am Tage nach Durchtrennung derselben war die Leberdämpfung wieder vorhanden.

*

Bezüglich der Behandlung unterscheidet B. 3 Stadien. Das erste ist dasjenige, wo in Folge der Reizung der Magenschleimhaut die Erscheinungen der chronischen Gastritis vorhanden sind. Diese Fälle bieten keine Indikation zum chirurgischen Eingriffe. Im zweiten Stadium tritt entweder eine Gewöhnung an den Zustand ein, die Pat. klagen nur über ein fortwährendes Druckgefühl der Magengegend; oder aber es treten Schmerzanfälle auf, namentlich nach Nahrungsaufnahme. Bei Fällen ersterer Art hält B. die medikamentöse Behandlung für indicirt, bei solchen der zweiten den chirurgischen Eingriff. Die dritte Kategorie bilden die Fälle von hochgradiger Magendilatation mit periodischem Erbrechen großer Massen zersetzten Mageninhaltes. B. will die Operation vor dem Eintritte von Veränderungen der Magenwand vorgenommen wissen, sonst zuerst eine Besserung durch Spülungen und Massage abwarten. Der Eingriff selbst richtet sich nach dem Befunde. Resektion, Gastroenterostomie oder Pyloroplastik kommen dann in Frage. Bei negativem Resultate empfiehlt er, den Magen zu öffnen, um über den Zustand des Pylorus ins Reine zu kommen. Findet sich eine Kontraktur, so ist die gewaltsame Dehnung derselben vorzunehmen.

Weiss (Düsseldorf).

---

7) **H. Strauss.** Über Eiter im Magen. Nebst Bemerkungen über die Bedeutung des Befundes von Eiter und Blut im Magen, so wie gewisser wenig beachteter Krebsmetastasen für die Diagnose des Magencarcinoms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 40.)

Das Vorkommen größerer, messbarer Mengen von Eiter im nüchternen menschlichen Magen ist außerordentlich selten, und die diagnostische Bedeutung eines derartigen Befundes ist verschieden. In einem von S. beobachteten Falle, dessen Krankengeschichte im Originale nachgelesen werden möge, waren die Dinge durch die sie begleitenden Umstände besonders verwickelt. Auf Grund dieser Beobachtung sieht sich S. veranlasst, Erfahrungen mitzutheilen, die er über die diagnostische Verwerthbarkeit des Nachweises von Eiter und Blut im nüchternen Magen für die Feststellung schwer diagnosticirbarer Fälle von Magenkrebs zu sammeln in der Lage war.

Es handelte sich in dem Falle des Verf. um ein ausgebreitetes Carcinom des Fundus und der kleinen Curvatur, verbunden mit einem subphrenischen Abscesse zwischen Magen und vorderer Bauchwand. Die Stellung dieser komplicirten Diagnose war im Anfange der Beobachtung nicht leicht. Man konnte nicht mit Sicherheit entscheiden, ob es sich um ein ausgebreitetes Carcinom der Vorderwand des Magens und allfällige Verwachsung desselben mit der vorderen Bauchwand oder um eine Verbindung zwischen Magenkrebs und subphrenischem Abscess handelte. Das Vorhandensein eines Abscesses wurde im Verlaufe der Beobachtung durch die Massen-

haftigkeit des Eiters bestätigt, im Zusammenhange mit dem Befunde, dass die Motilität des Magens für grobe Nahrung während der ganzen klinischen Beobachtung eine sehr gute war.

Während Verwachsungen zwischen Carcinomen der vorderen Magenwand und den Bauchdecken mit Durchbruch nach außen ab und zu beobachtet wurden, sind subphrenische Abscesse in Folge von Magencarcinomen, die ihren Sitz zwischen vorderer Bauchwand und vorderer Magenwand haben, geradezu Seltenheiten. Abgesehen von den Fällen von Gastritis phlegmonosa, Magenabscess, von Eiterung in den oberhalb des Magens gelegenen Abschnitten des Nahrungskanals und von solchen Fällen, bei welchen es sich um eine Perforation eines außerhalb des Magens gelegenen Abscesses in den Magen hinein handelte, hat S. reinen makroskopisch erkennbaren Eiter in messbaren Mengen im Magen nur bei Fällen von Magencarcinom, so wie in dem von ihm hier beschriebenen Falle von Magencarcinom mit subphrenischem Abscess nachweisen können.

Zuweilen war S. in der Lage, geringe Mengen einer eitrigen oder häufiger einer schleimig-eitrigen Flüssigkeit, zumeist mit Blut vermischt, aus dem nüchternen Magen Carcinomkranker zu gewinnen. Die Sektion zeigte dann, dass es sich um Fälle von Krebs der kleinen Curvatur oder des Fundus handelte, bei welchen die klinische Untersuchung keine Motilitätsstörung erkennen ließ. S. stellt dies in diagnostischer Beziehung als besonders wichtig hin, da die ohne motorische Insufficienz verlaufenden Fälle von Magencarcinom eine Erweiterung unserer diagnostischen Hilfsmittel erwünscht erscheinen lassen. Die Fälle des Verf. mit »Pyorrhoea gastrica«, wie er diese Erscheinung nennt, haben bei der Obduktion gezeigt, dass es sich um flächenhaft ausgebreitete, weiche Carcinome mit hochgradigen Ulcerationen an der Oberfläche handelte, die zu Lebzeiten meist auch Neigung zu Blutung gezeigt hatten. Übereinstimmend mit Boas ist S. der Ansicht, dass man in dem wiederholt erhobenen und kritisch verwertheten Befund messbarer Mengen reinen Eiters im nüchternen Magen ein Mittel in der Hand hat, eine bereits anderweitig nahegelegte Diagnose auf Magencarcinom zu festigen. Denselben Werth wie der Nachweis von Eiter besitzt für die Feststellung des Carcinoms der Blutnachweis in messbaren Mengen in reinem Zustande oder mit Schleim und Eiter gemischt, sobald dasselbe bei auf Krebs verdächtigen Kranken aus dem nüchternen Magen bei wiederholten Untersuchungen gewonnen werden kann.

Unter diesen Hilfsmitteln für die Diagnose in Bezug auf die hier in Betracht kommenden Carcinomformen spielen noch weitere Momente eine Rolle, wie die von S. vorgeschlagene kombinirte vergleichende Anwendung der Korinthen- und Gärungsprobe und der Gesammtmengenbestimmung des Mageninhaltes, ferner bestimmte seltenere Metastasen, die sich desshalb meist dem Nachweise entziehen, weil sie nicht genügend gesucht werden. Es sind dies Krebsknoten im Cavum Douglasii und in den mediastinalen, prävertebralen Lymph-

drüsen. S. ist es gelungen auf dem Wege des Röntgenverfahrens solche verborgen liegende Metastasen zu konstatiren und er räth, in diagnostisch unklaren Fällen methodisch nach solchen Metastasen zu suchen. **Gold** (Bielitz).

8) **R. B. Greenough** und **E. P. Joslin** (Boston). Gastric ulcer at the Massachusetts general hospital 1888—1898.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Das Ergebnis der im Wesentlichen statistischen Arbeit ist folgendes:

1) Das Magengeschwür ist häufiger in Boston als in Chicago, Baltimore, Denver oder San Francisco.

2) Es kommt 5mal so häufig beim weiblichen Geschlechte vor als beim männlichen.

3) Das Durchschnittsalter beim Manne ist 37 Jahre; beim Weibe 27.

4) Zu Blutungen kam es in 81% der Fälle. Der Tod wurde dadurch verursacht bei 17% der männlichen und nur bei 1,27% der weiblichen Pat. Keine Frau unter 30 Jahren starb in Folge der Hämorrhagie.

5) Zur Perforation kam es in 3,2% aller Fälle; diese starben sämmtlich.

6) Von 114 Kranken verließen 80% das Spital geheilt oder gebessert; aber nach 5 Jahren waren nur noch 40% gesund; an der Magenerkrankung waren in dieser Zeit gestorben 20%, dabei von den Männern 3mal mehr als von den Frauen.

7) Die außerordentliche Sterblichkeit der Männer, das Auftreten des Geschwürs 10 Jahr später im Leben des Mannes als in dem der Frau, das außerordentlich seltene Vorkommen einer tödlichen Hämorrhagie bei der Frau sprechen für einen Unterschied des Magengeschwürs in beiden Geschlechtern.

8) Die Gesammtsterblichkeit von 8%, Heilung von nur 60% unter medicinischer Behandlung sprechen für die Nothwendigkeit des chirurgischen Eingriffes auch in anderen als den hoffnungslosen Fällen dieser Erkrankung. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

9) **L. A. Bidwell.** Operations in gastric ulcer.

(Amer. journ. of the med sciences 1899. September.)

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen die Schlussfolgerung, dass ein operativer Eingriff angezeigt ist:

1) in allen Fällen von Perforation, und zwar so bald als möglich; auch bei subphrenischem Abscess;

2) bei kontinuirlichem Bluterbrechen so wie bei wiederholtem heftigen Bluterbrechen;

3) in Fällen von starken Schmerzen und unstillbarem Erbrechen, wenn es zu hochgradiger Abmagerung kommt;



4) in Fällen von Magenerweiterung, wenn diese durch Narbenbildung innerhalb, oder durch Verwachsungen außerhalb des Magens entstanden ist.

Als Operation kommt in Frage in den Fällen der Kategorie 1): Laparotomie und Naht des Geschwürs; bei 2): Gastrotomie, Naht des Geschwürs und Gastroenterostomie; bei 3): Gastroenterostomie in der Absicht, das Geschwür möglichst von der reizenden Einwirkung der Nahrungsmittel zu befreien; bei 4): entweder Gastroenterostomie oder, wenn der Pylorus betheiligt ist, Pyloroplastik oder Pylorektomie.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Radikaloperation rechtsseitiger Brüche und Appendicitis.

Von

Primararzt Dr. **Friedrich Neugebauer** in Mährisch-Ostrau.

Die Beschwerden einer appendicitischen Erkrankung sind nicht immer besonders kennzeichnend. Wir wissen durch C. A. Ewald[1], dass es eine Appendicitis larvata giebt, deren Erkennung an und für sich nicht leicht ist. Besteht aber neben einer solchen Erkrankung mit undeutlich ausgesprochenen Zeichen ein Bruchleiden auf der rechten Seite, so läuft man Gefahr, über den auf den Bruch bezogenen Beschwerden das schwerere, gefährlichere Leiden und die Ursache allen Übels zu übersehen. Durch einen Zufall wurde ich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, dass beim Zusammentreffen beider Krankheiten leicht die eine verborgen bleiben kann.

1895 operirte ich einen etwa 35jährigen Mann wegen einer großen rechtsseitigen Leistenhernie. Es kam die Radikaloperation nach Bassini zur Ausführung. Vor dem Abbinden des Bruchsackes, welcher eröffnet worden war, wurde zum Zwecke der Rückverlagerung des Netzes mit dem Finger eingegangen. Derselbe stieß nach oben hin auf einen harten Gegenstand, der hervorgezogen als fingerdicker, aber völlig freier Wurmfortsatz sich erwies. Es hatte sich um einen chronischen Katarrh mit Kothsteinen gehandelt.

Späterhin begegnete mir 2mal ganz Ähnliches.

Ein 63jähriger Mann trug durch 19 Jahre einen rechtsseitigen Leistenbruch. In den letzten 4—5 Jahren gesellten sich zu den gewöhnlichen Beschwerden bohrende, gegen den Hoden hinabziehende Schmerzen, welche stets nur wenige Stunden anhielten. Die Schmerzen waren von solcher Heftigkeit, dass sich Pat. mit Selbstmordgedanken trug. Kein Erbrechen, keine Stuhlverstopfung. Die faustgroße Scrotalhernie wurde am 21. September 1898 nach Bassini operirt. Wegen Verwachsungen des Netzes mit dem Bruchsacke musste letzterer eröffnet werden. Als derselbe zum Zwecke der Ligatur stark vorgezogen wurde, sah man in der Tiefe den veränderten Wurmfortsatz, von 12 cm Länge und der Dicke eines kleinen Fingers. Die Serosa war glatt, aber intensiv arteriell injicirt. An der Spitze des Fortsatzes Fluktuation. Keine Adhäsionen. Abtragung des Wurmfortsatzes, Radikaloperation, Heilung. Muskelschicht und Schleimhaut waren mächtig hypertrophirt, letztere zottenartig; die Lichtung enthielt eingedickte Fäces, je ein Kümmel- und Getreidekorn nebst mehreren Weintraubenkörnern.

Ein 50jähriger Mann trug seinen mächtigen rechtsseitigen Bruch 36 Jahre. Die Beschwerden boten nichts für eine Appendicitis Bezeichnendes, die Hernie habe ihn bei der Arbeit belästigt, auch sei das Urinlassen erschwert gewesen. Der

---

[1] Kongressbericht 1899. p. 685.

Bruch war so groß wie 2 Männerfäuste und irreponibel. Operation 10. Februar 1899. Wegen ausgebreiteter Verwachsungen eines Dünndarmkonvolutes mit dem Bruchsacke musste dieser eröffnet werden. Bei der Reposition des gelösten Darmes kam der veränderte Wurmfortsatz in Sicht. Er war 10 cm lang, verdickt, völlig frei hängend. Die starke Injektion der Serosa und die kolbige Verdickung des Endes ließen über eine Erkrankung keinen Zweifel. Abtragung des Wurmfortsatzes; Radikaloperation; Heilung. In der ganzen Länge des aufgeschnittenen Fortsatzes fand sich stark eingedickter, harter Koth als gleichförmiger Ausguss der Lichtung. Die Schleimhaut zeigte außer katarrhalischer Verdickung keine Veränderung.[1]

Sicher bildete in diesen 3 Fällen die chronische katarrhalische Appendicitis, welche in keinem derselben in ursächlichem Verhältnisse zum Bruche gestanden hatte, einen Theil der Ursache für das Krankheitsgefühl und für den Wunsch operirt zu werden. Eben so sicher wäre aber dieser Antheil übersehen worden, wenn nicht mehrere Zufälligkeiten mitgespielt hätten: 1) Nothwendigkeit der Eröffnung des Peritoneums; 2) großer Bruchsack, welcher benachbarte Organe (Coecum) in den Gesichts- oder Tastbereich herabzog.

Es ist desshalb nicht unwahrscheinlich, dass bei der großen Zahl der heut zu Tage vorgenommenen Bruchoperationen erkrankte Wurmfortsätze, welche leicht mit zu entfernen gewesen wären, zurückbleiben.

Es sollen diese Zeilen anregen, vor Radikaloperationen rechtsseitiger Brüche bei der Aufnahme der Anamnese des Wurmfortsatzes zu gedenken; ähnlich wie man nach Harnbeschwerden zu fragen gelernt hat, um der Gefahr der Blasenverletzung auszuweichen.

---

10) 67th annual meeting of the british medical association, held at Portsmouth August 1—4.

Section of surgery.

(Brit. med. journ. 1899. Oktober 21 u. 28.)

A discussion: The diagnosis and treatment of gunshot wounds of the abdomen.

Colonel Stevenson beleuchtete das zur Diskussion gestellte Thema: »Die Diagnose und Behandlung der Bauchschusswunden« in seinem einführenden Vortrage zunächst von dem Standpunkte des Militärchirurgen aus. Aus begreiflichen Gründen haben sich die Militärchirurgen gegenüber der Civilpraxis bei der aktiven Behandlung von Bauchfellverletzungen noch eine große Zurückhaltung auferlegt, obwohl bei der seitherigen Behandlung mit Ruhe und Opium höchstens 1% der als penetrirend diagnosticirten Fälle zur Heilung gelangten. Dabei ist die Prognose der penetrirenden Schussverletzungen des Bauches stets ernst, da man stets entweder Austritt von Darminhalt oder Blutung zu gewärtigen hat. Die Indikation zur Laparotomie, Darmnaht, Blutstillung und Reinigung der Bauchhöhle ist so stets gegeben, und zwar in Kriegsverhältnissen eben so wie im Frieden. Ein Abwarten, bis deutliche Symptome der Perforation oder Hämorrhagie da sind, hält S. für nicht richtig, da jedes Zuwarten bei Bauchverletzungen die Prognose verschlechtert. Nach Coley's Statistik beträgt die Sterblichkeit der in den ersten 12 Stunden operirten Pat. 53,9%, der später Operirten 77,3%. Bezüglich der Symptomatologie der Darmverletzung betont S. die Unsicherheit der Beurtheilung des plötzlich einsetzenden Meteorismus und des Verschwindens der Leberdämpfung. Wie bei den penetrirenden Verletzungen, so auch bei den durch stumpfe Gewalt verursachten Bauchkontusionen, die auch im Felde mit Verletzungen innerer Organe einhergehen können, gründet sich die Diagnose auf die Symptomentrias: Chok, Erbrechen, Schmerzen. Aber nicht von ihrem alleinigen Vorhandensein, sondern von ihrer Dauer hängt die Entscheidung für den ev. Eingriff ab. An Erfahrungen, die man in den letzten Feldzügen bei Bauchschusswunden mit der Operation machte, führt S. an, dass im spanisch-amerikanischen Kriege alle Operirten starben, im griechisch-türkischen genasen 2 (Blutung, Leberverletzung),

während 1 Darmverletzter starb. Im Tirahfeldzuge wurden 5 Verletzte operirt, alle starben (4 an Hämorrhagie, 1 an Peritonitis). Dünndarmwunden geben die schlechteste Prognose, dann folgen in absteigender Linie Dickdarm, Flexur, Mastdarm. — Bezüglich der Technik bespricht S. dann die einfache Naht der Darmwunde und ihre Indikation. Die Resektion des Darmes hält er für angezeigt, wenn durch die Naht eine zu große Verengerung der Lichtung (um $^1/_3$) verursacht würde, beim Vorhandensein mehrerer Schussöffnungen an einer Schlinge und bei Betheiligung des Gekrösansatzes. Bei Besprechung der einzelnen Methoden der cirkulären Darmvereinigung hebt S. die Maunsell'sche Methode als rascheste besonders hervor. Unter den resorbirbaren Knöpfen haben die von Mayo Robson und Graig Smith angegebenen ausgezeichnete Resultate geliefert. Bei der Handhabung des Murphyknopfes ist besonders wichtig die Stärke des Druckes, mit dem beide Knopfhälften vereinigt werden müssen. Seine Abmessung ist rein Sache persönlicher Erfahrung. Die Knopfnachtheile liegen in seinem Gewichte (Darmknickung), der Möglichkeit der Verlegung seiner Lichtung durch Koth (besonders am Dickdarme), und in der Kombination seiner Anwendung mit einem nekrotischen Processe, dessen Anwendung nicht mit Sicherheit berechnet werden kann. Bei Behandlung der Bauchschusswunden empfiehlt S. nur die Anwendung rasch ausführbarer Methoden bei der Darmnaht. Ausgiebige Irrigationen der Bauchhöhle zur Reinigung vor Schluss der Operation hält S. für nöthig. Zur Diskussion stellt S. folgende Fragen:

Berechtigt die Diagnose der penetrirenden Bauchverletzung allein schon zu chirurgischem Eingriffe (Laparotomie)? Welches sind die geeignetsten Mittel zur Darmvereinigung nach Excision?

In der Diskussion, an der sich J. Ward Cousins, A. Barry Blaker, M. C. Beevor, Damer Harrison, Clement Lucas, James Murphy und J. Paul Bush betheiligen, zeigt sich Übereinstimmung mit den Ausführungen Stevenson's in allen wesentlichen Punkten; die Indikation zum Eingriffe wird mit der Diagnose der Penetrirung anerkannt, auf die Wichtigkeit einer schnellen Ausführung der Operation besonders hingewiesen und desshalb auch vielfache, zur Darmvereinigung einfache Seidennähte, Anwendung des Murphyknopfes vor Allem empfohlen. In zahlreichen Fällen hat sich die Anwendung der Röntgenstrahlen zur Lokalisation des Geschosses brauchbar erwiesen, wenn auch von Blaker speciell auf die Schwierigkeit der Beurtheilung hingewiesen wird, die durch die respiratorische Verschiebung, Darmbewegungen, Röhrenstand etc. entsteht.

R. Clement Lucas: Localisation of bullets by X-rays.

L. theilt 2 Fälle mit, in denen es ihm gelungen ist, eingedrungene Geschosse mittels Röntgenstrahlen zu lokalisiren und dann zu entfernen. Im 1. Falle lag eine Schussverletzung des Schädels vor bei einem 10jährigen Kinde. Am 3. Tage wurde wegen fortgesetzten unstillbaren Erbrechens und Sinkens der Kräfte die Trepanation und Extraktion des Geschosses in 2 Stücken, so wie gleichzeitig die Entfernung eingesprengter Knochenstücke vorgenommen. Genesung. Im 2. Falle wurde ein Geschoss, das seinen Sitz auf der linken Seite des 2. Halswirbelkörpers hatte, vom Nacken aus entfernt.

Walker Downie: Two cases of primary sarcoma of the tongue: one pedunculated, the other interstitial.

D. entfernte bei einem 34jährigen Manne ein gestieltes Spindelzellensarkom der linken hinteren Zungenpartie, das 4,3 cm hoch war, 13 cm im Umfange hatte und 18 g wog. Die Geschwulst war in 5 Wochen gewachsen, die Drüsen nicht betheiligt. Im 2. Falle wurde von Macewen die ganze Zunge entfernt wegen eines kleinzelligen, interstitiellen Rundzellensarkoms, das tief in der Zungenmuskulatur seinen Sitz hatte, unverhältnismäßig langsam gewachsen und von starkem Ödem der Zunge begleitet war.

J. Paul Bush: A plea for more extensive operations in the treatment of malignant disease of the jaws.

Eine ausgedehnte doppelseitige Oberkieferresektion wegen Sarkom und eine Resektion des Kinntheiles beider Unterkiefer, die gut geheilt und recidivfrei ge-

blieben sind, veranlassen B., auf die günstige Prognose, die Kiefergeschwülste bei ausgedehnter lokaler Operation bieten, hinzuweisen.

A. R. J. Douglas: Four cases of bullet wounds of the chest with remarks.

D. knüpft an 4 Fälle von Schussverletzung der Brust diagnostische Erörterungen bezüglich der Lungenverletzung. Zu operativem Eingriffe, abgesehen von einfacher Aspiration, war in keinem Falle Anlass vorhanden. Die Aufnahme mit Röntgenstrahlen zeigte sich auch hier werthvoll.

Phil. de Santi: A case of gunshot wound of the leg severing the anterior tibial nerve, secondary suture two months later.

S. hat mit Erfolg eine Sekundärnaht des nahe der Theilungsstelle (in tiefen und Hautast) durch Schussverletzung zerrissenen Peroneus vorgenommen.

A discussion on the prevention and treatment of syphilis in the navy and army. (Zu einem Referate in diesem Blatte nicht geeignet. Wesentlich Neues wurde nicht vorgebracht. — D. Ref.)

Thomas J. Lynn: Notes on two recent operations upon the Gasserian ganglion and the second and third divisions of the fifth nerve for neuralgia by the Hartley-Krause method.

L. hebt an den beiden nach der Methode Hartley-Krause's operirten Fällen von Trigeminusneuralgie folgende Besonderheiten hervor. In beiden Fällen waren extrakranielle Operationen nicht vorausgegangen, beide Male wurde in einer Sitzung operirt; einmal konnte der Knochenlappen in seine Lage zurückgebracht werden, im 2. Falle wurde dies durch eine ernste Blutung aus der Meningea media verhindert.

Zur Bildung des Knochenlappens rühmt L. Doyen's Perforatorium und die Kreissäge. Zur Vermeidung einer Wiederverwachsung des durchschnittenen 2. und 3. Trigeminusastes, deren Ausziehung von der Schädelhöhle aus schwer gelingt, hat L. das Foramen ovale und rotundum nach Zurückschieben des durchschnittenen Nervenendes mit Horsley's Wachs verstopft — dasselbe heilte per primam ein und wurde auch nicht resorbirt (Beobachtung nach 6 Monaten). Im 1. Falle blieb das Ganglion selbst intakt, im 2. Falle wurde sein äußerer Theil exstirpirt. Beide Pat. blieben recidiv- und völlig schmerzfrei. Störend zeigte sich nur die zurückgebliebene Lähmung des Frontalmuskels und Corrugator supercilii. — Originell ist die Herrichtung der behaarten Kopfhaut für die Operation. L. bedient sich anstatt des Rasiermessers eines Puders, dessen wirksamer Bestandtheil Bariumsulfid ist; dieser Puder wird auf die mit Wasser befeuchtete behaarte Kopfhaut gebracht, eingerieben bis ein dicker Brei entsteht. Nach 4 Minuten kann man dann mit einem Spatel den Brei sammt den Haaren entfernen und hat eine völlig glatte, ungereizte Kopfhaut. Alle Fälle, in denen L. bis jetzt diese Art der Haarentfernung angewandt hat, heilten per primam.

Leonard A. Bidwell: A method of attaching the mucous membrane to the skin after perineal excision of the rectum.

Zur Vermeidung der Spannung bei Herabholung des Mastdarmes nach Excision empfiehlt B. 2 seitliche, 2 Zoll lange, transversale Schnitte und so die Bildung zweier Hautlappen, die sich dann leicht in der Tiefe mit dem heruntergeholten Mastdarme vereinigen lassen.

Charles A. Morton: A successful case of resection of threequarters of the stomach for malignant disease.

M. hat mit Erfolg eine Resektion von $^3/_4$ des Magens wegen einer Neubildung, die er als Sarkom ansprechen möchte, vorgenommen. Die Vereinigung von Duodenum und Magenrest geschah nach der Angabe Kocher's. Nach 5 Monaten war Pat. noch recidivfrei.

Walter G. Spencer: Two cases of fatal venereal phagedaena.

S. beschreibt 2 Fälle von tödlich verlaufendem phagedänischem Schanker. Im einen Falle: gesunder 61jähriger Mann, Tod $2^1/_2$ Wochen nach der Infektion, die

Gangrän der Penishaut, des Hodensackes, der Hoden, des Dammes und der vorderen Bauchwand im Gefolge hatte. Im 2. Falle handelte es sich um eine 35-jährige Frau, Infektion vor 1 Monat, Komplikation mit doppelseitiger Pyosalpinx, Gangrän in der Gebärmutterhöhle, ferner der Bauchwand mit Darmperforation.

W. Roger Williams: The surgical treatment of uterine cancer.

R. betont die Nothwendigkeit der Entfernung des ganzen Organes bei Carcinoma uteri, der Mitfortnahme der anliegenden Theile der Scheide, die bei Cervixcarcinom wohl stets schon inficirt sind, ferner die ausgiebige Ausräumung der Parametrien, besonders mit Rücksicht auf die Untersuchungen Hofmeier's und Winter's. Da unter 78 Autopsien von Cervixcarcinomen 5mal sekundäre Herde im Ligamentum latum, 13mal in den Ovarien, von Kiwisch unter 73 Fällen 18mal in den Tuben gefunden wurden, ist auch die Entfernung der Ligamenta lata, der Ovarien und Tuben zur Regel zu machen.

Auch die Lymphbahnen und benachbarten Lymphdrüsen sind bei der Operation zu berücksichtigen, obwohl sie seltener zu Recidiven Veranlassung geben. R. sieht zur Erfüllung all dieser Indikationen nur einen Weg, und der ist die Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe auf dem abdominalen Wege. Für 51 solche Operationen wegen Carcinom berechnet er eine Sterblichkeit von 14%.

G. E. Armstrong: The wisdom of surgical interference in haematemesis and melaena from gastric and duodenal ulcer.

Ein mit Erfolg operirter Fall von Magenblutung bei Geschwür und ein tödlich verlaufener, der wahrscheinlich gerettet worden wäre, wenn man sich früher zur Operation entschlossen, gaben A. Veranlassung, der Indikationsstellung zu einem operativen Eingriffe bei Magenblutung in Folge Magen- oder Duodenalgeschwüres näher zu treten. Er hält die Laparotomie für gerechtfertigt bei häufig sich wiederholenden kleineren Blutungen, wenn sie auf innere Medikation nicht stehen und das Leben bedrohen, dann bei trotz interner Maßregeln sich wiederholender profuser Blutung nach Eintritt der zweiten Blutung.

Bei Blutungen im Gefolge von Lebercirrhose und Pfortaderthrombose handelt es sich meist um einen varikösen Ursprung am Ösophagus. Dabei ist von chirurgischer Hilfe nichts zu erwarten. Bei Magen- und Darmgeschwür aber kann die Blutung lokal gestillt, gleichzeitig der Perforation vorgebeugt werden. Zudem ist auch eine Ruhigstellung des Magens und Duodenums durch Gastroenterostomie möglich.

J. Hutchinson jun.: On the vermiform appendix in relation to external hernia.

H. weist auf die Neigung des Wurmfortsatzes, in eine Hernie hin Entzündung und Eiterung zu tragen; neben mechanischen Insulten spielt dabei offenbar der Umstand eine Rolle, dass es in einem geknickten oder im Bruchsackhalse gedrückten Wurmfortsatz leichter zu Stauung und Veränderung des Inhaltes und unter Cirkulationsstörung leichter zur Infektion kommt. Bei nicht entzündetem Wurmfortsatze kann bei jüngeren Individuen unter günstigen Verhältnissen der direkte Nachweis desselben im Bruchsacke möglich sein. Cystische Veränderungen des Wurmfortsatzes, Einhüllung in Fett etc. können gelegentlich zu Verwechslungen mit Blase, Tube, Netz etc. führen. Wenn irgend möglich ist der Wurmfortsatz, an dem wohl stets Veränderungen nachweisbar sind, bei der Herniotomie zu reseciren. Unter Umständen ist zu diesem Zwecke (bei Komplikation im Bruchsackhalse) ein besonderer Einschnitt über dem Poupart'schen Bande nöthig. Beim angeborenen Leistenbruche des Wurmfortsatzes hat man nach Ansicht H.'s zu großen Nachdruck auf die Beziehungen des herabhängenden Hodens zum Blinddarme gelegt. In 9 von 10 Fällen bestehen solche Beziehungen überhaupt nicht. H. bespricht dann noch das Vorkommen des Wurmfortsatzes in linksseitigen und Nabelbrüchen. Nebenbei verurtheilt er die neuerdings aufgetretene Sucht, neue Peritonealtaschen zu entdecken und Varietäten derselben mit neuen Namen zu belegen, als völlig werthlos.

James H. Nicoll: Enterorrhaphy without mechanical aids.

N. bringt kasuistische Beiträge, auf Grund deren er besonders in Fällen von Darmobstruktion die Darmnaht ohne jede mechanische Hilfsmittel gegenüber der Anwendung des Murphyknopfes als dringend empfiehlt.

George Henry Edington: Periostitis albuminosa.

E. berichtet über einen Fall von Periostitis albuminosa bei einer 79jährigen Frau, die unter dem Bilde einer Paronychia verlief. Durch Incision wurde eine klare, gallertartige Masse entleert, die Mucinreaktion gab. Mikroskopisch fanden sich in Ketten angeordnete Kokken.

A. W. Mayo Robson: Three cases of removal of the suprarenal capsula.

R. theilt die Krankengeschichten dreier Fälle mit, in denen wegen Neubildung der Nebenniere (2mal Sarkom, 1mal Struma lipomatosa suprarenalis) die Exstirpation der Neubildung, 1mal zusammen mit der Niere, 1mal unter Erhaltung der Niere und Keilexcision ihres oberen Poles vorgenommen wurde. R. konnte aus der Litteratur zusammen mit seinen Fällen nur 9 operirte Fälle von Nebennierengeschwülsten zusammenstellen. 5 Pat. wurden geheilt, 4 sind der Operation erlegen. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Diagnose. Je früher die Pat. zur Operation kamen, je weniger zeigen sich die Nachbarorgane in Mitleidenschaft gezogen. Als Hauptsymptome, die in allen Fällen gefunden wurden, nennt R. den Schulterschmerz, dann ausstrahlende Schmerzen durch den Leib und in den Rücken (nicht entlang dem Genitocruralnerven). Abnahme des Körpergewichtes, nervöse Depression, Verdauungsstörungen, Blähungen und Erbrechen, Geschwulstbildung unterhalb des Rippenbogens, die zuerst sich mit der Respiration verschieblich zeigt, aber bald fixirt wird, Fehlen von Urin- und Gallenblasensymptomen. Bronzeverfärbung der Haut wurde in keinem Falle beobachtet, wie R. annimmt, wegen der Einseitigkeit des Leidens. Technisch empfiehlt R. Probeincision am äußeren Rande des Rectus; wenn nöthig, Fortnahme der ganzen Niere, Drainage eventuell durch eine in der Lendengegend angelegte Gegenöffnung.

J. Jakson Clarke: An analysis of one hundred cases of abnormal curvature and other affections of the spine.

C. theilt seine Fälle in 6 Gruppen: 35 Fälle von einfacher Skoliose ohne Beziehungen zu früher überstandenen Krankheiten; 7 Fälle von Skoliose auf rachitischer Basis; 7 Fälle auf rheumatischer Arthritis beruhend und auch im jugendlichen Alter vorkommend; 20 Fälle von Kyphosen und Lordosen, bei deren Zustandekommen allerlei Faktoren (Anämie, Rachitis, Arthritis) eine Rolle spielen; 20 Fälle tuberkulöser Erkrankungen, schließlich 11 Fälle traumatischen und sekundären Ursprunges.

Bezüglich der Behandlung verlangt C. eingehendes Studium des einzelnen Falles. Die einfachen Skoliosen und nicht tuberkulösen Affektionen sind heilbar. Meist hat sich eine Kombination der instrumentellen und gymnastischen Behandlungsmethoden nothwendig erwiesen.

A. William Sheen: A case of secondary thyroid growth.

Kokosnussgroße Kropfmetastase am Hinterkopfe bei einer 58jährigen Frau. Deutliche Pulsation; wegen der Diagnose eines Aneurysmas Unterbindung der Carotis externa und Arteria occipitalis. Diagnose auf Kropfmetastase, ausgehend vom Schädelknochen oder der inneren Schädelhöhle, durch Probeincision und mikroskopische Untersuchung gesichert. Radikaloperation aufgegeben.

A. William Sheen: A case of carcinomatous omentum in an umbilical hernia; with specimen.

Kasuistische Mittheilung und Demonstration des Präparates in Glycerin-Formalin-Gelatine.

G. Archdall Reid: The treatment of burns and other surface wounds.

Von der Ansicht ausgehend, dass alle Verbandstoffe, mit denen oberflächliche Wunden gewöhnlich bedeckt werden, als Fremdkörper reizend und die Eiterung



befördernd wirken, sucht R. diese »Fremdkörper« durch einen Drahtkäfig, der leicht in jeder Form hergestellt und sterilisirt werden kann, von der direkten Berührung der Wunde fernzuhalten; auf den Drahtkäfig werden dann erst die abschließenden Verbandstoffe aufgelegt. Hauptbedingung rascher Heilung ist äußerste Reinhaltung der Wundflächen durch 2—3malige tägliche Irrigation mit Borsäure oder dünner Karbollösung. Zur Verhütung der Krustenbildung können die den Käfig deckenden Verbandstoffe nass gehalten und mit wasserdichtem Stoffe bedeckt werden. Wenn trotsdem Eintrocknung des Sekretes erfolgt, muss es durch Olivenöl aufgeweicht und entfernt werden. R. rühmt die Raschheit der Heilung, die glatte Narbenbildung bei dieser Art Wundbehandlung, und hat auch bei den torpidesten Unterschenkelgeschwüren glänzende Erfolge gehabt.

Augustus H. Bompton: A case of bullet in brain (nine months); abscess, operation, recovery.

Schussverletzung des Schädels vor der linken motorischen Region — primäre Trepanation —, Entfernung ins Gehirn eingesprengter Theile der Tabula vitrea, von Haaren und eines Stückchens der Geschosshülse. Primäre Heilung. Puls bleibt verlangsamt. — Erbrechen bei den geringsten Diätfehlern. Röntgendurchleuchtung negativ. Nach 8 Monaten mehrmals epileptische Anfälle mit und ohne Verlust des Bewusstseins. Beginn der Konvulsionen am linken Auge, von da sich aufs Gesicht ausdehnend. Dann Auftreten von Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung. Rechtsseitige Facialislähmung, Stauungspapille. Diagnose auf Hirnabscess gestellt. Die Operation wurde von Horsley vorgenommen, der Abscess eröffnet, im Grunde desselben das Geschoss gefunden und entfernt. Heilung nur durch Gehirnvorfall, der schichtweise abgetragen wurde, komplicirt. Nach 7 Monaten im Anschlusse an ein Bad, dann an Erbrechen und an Masern 3 weitere Anfälle, seitdem frei. Geheilt.

Thomas Carwardine: Excision of the rectum for cancer by a new method, and its results.

C. operirte in »umgekehrter Trendelenburg'scher Lage«, eine präliminare Kolotomie hält er nur bei hochsitzendem Carcinom, wenn eine sehr freie Eröffnung des Peritoneums zu erwarten ist, für nöthig. Die Methode besteht in einer subperiostalen Excision des Steißbeines und unteren (4. und 5.) Sacrums, einer medianen Durchtrennung des unteren Darmabschnittes sammt Periost mittels Durchstechung von innen her, Isolirung des Darmes unten und seitlich, quere Durchtrennung unter Erhaltung des Sphinkterentheiles, Isolirung des Darmes nach oben »sammt dem präsacralen Gewebe und umliegenden Drüsen im Zusammenhange« meist auf stumpfem Wege, Vereinigung des oberen herabgezogenen und unteren Darmabschnittes in der gewöhnlichen Weise, Drainage seitlich und hinter dem Darme, Naht des hinteren Wundabschnittes. C. hat zwei Fälle mit völlig aseptischem Verlaufe nach seiner »neuen« Methode operirt und auch bezüglich der Kontinenz guten Erfolg gehabt.

(Nach Ansicht des Ref. kommt die Methode in allem Wesentlichen völlig auf die sacrale Operationsmethode Kraske's heraus.)

Reginald H. Lucy: A simplified method and apparatus for maintaining the so-called lithotomy position during operation on the peritoneum etc.

Der Apparat besteht aus einem System von Lederstreifen, Schnallen und Leitstange, durch welches die gewünschte Steinschnittlage leicht und ohne Behinderung der Manipulationen des Operateurs erhalten wird.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

11) **O. Hahn.** Ein Nabelkonkrement von Taubeneigröße.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle bestand bei einem 43jährigen Manne eine entzündliche Schwellung der Nabelgegend; in der Tiefe fühlte man eine geschwulstartige Resistenz, neben dem Narbenring entleerte sich übelriechender

Eiter. Ein Schnitt vom Nabel aus 2 cm lang quer nach rechts führt auf einen weißlich schimmernden Körper von etwa Taubeneigröße, der mit Löffel entfernt wird und sich als aus Epithelien, Fett und Talgklümpchen so wie Staubpartikelchen zusammengesetzt erweist.

Die bisherige Litteratur enthält noch etwa ein Dutzend ähnlicher Fälle, doch hatte in keinem derselben das Konkrement eine derartig beträchtliche Größe erreicht; alle haben sie das Gemeinsame, dass die Bildung eben so wie auch im H.'schen Falle, auf Unreinlichkeit zurückzuführen war. **Honsell** (Tübingen).

12) **G. Muscatello** (Neapel). Die diffuse Gonokokkenperitonitis.

(Policlinico 1899. August 15.)

Verf. berichtet über einen Fall von diffuser Peritonitis, den er auf Grund klinischer und bakteriologischer Prüfung als eine reine Gonokokkeninfektion ansieht. Bei einer 48jährigen Frau, die bereits vor 25 Jahren mit Gonorrhoe angesteckt wurde, und die seitdem an chronischem Ausfluss litt, entwickelte sich unter Schmerzen und Fieber ein entzündlicher Process im Unterleibe. Da eine schmerzhafte Geschwulst neben der Gebärmutter nachzuweisen war, so wurde die Diagnose auf Pyosalpinx und Parametritis gestellt. Nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes entleerte sich eine reichliche Menge Eiter; trotzdem trat keine Heilung ein, vielmehr verschlechterte sich der Zustand (Collaps, elender Puls, Erbrechen, Schmerzen) derart, dass die Laparotomie vorgenommen wurde. Hierbei wurde eine beträchtliche Menge serös-eitrigen Exsudats aus dem Bauche entfernt; doch gelang es nicht, die Kranke zu retten. Sowohl in dem durch die Scheide entleerten Eiter als in dem peritonealen Exsudate fanden sich ausschließlich Diplokokken, vorwiegend intracellulär gelegen, deren morphologisches Verhalten völlig dem Gonococcus entsprach. Impfungen auf Serumbouillon ergaben denselben Coccus in Reinkultur. Bezüglich des klinischen Bildes ist vor Allem das Überwiegen der Allgemeinsymptome (»akute peritoneale Toxämie«) gegenüber den lokalen Erscheinungen bemerkenswerth. Die Therapie der diffusen gonorrhoischen Peritonitis soll stets eine operative, auf die Entleerung des Exsudates gerichtete, sein.

H. Bartsch (Heidelberg).

13) **K. M. Ssapeshko.** Radikaloperation großer Nabelbrüche mit Diastase der Mm. recti.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 1.)

S. operirte eine Frau im 4. Monate der Schwangerschaft: Schnitt durch die Bauchdecken vom Nabel bis zur Symphyse, Abtrennen der Haut nach beiden Seiten von der Aponeurose; nun wurde der linke Rand der Aponeurose unter den rechten geschoben und dort angenäht, dann der Rand der rechten Hälfte oben an die linke genäht (also die Aponeurose verdoppelt). Nun wurde in der Mittellinie die Haut — nach Entfernung des Fettes — vernäht. Heilung. Resultat vorzüglich, wie die beigelegten Photographien vor und nach der Operation beweisen. — Auch ein 2. Fall — sehr fette Pat. — gab ein eben so gutes Resultat. — Beiläufig erwähnt S. eines Falles, wo nach einfacher 3reihiger Naht der Bauchdecken in der Mittellinie 2 Wochen nach der Operation, wohl bei Anstrengung der unruhigen Pat., der ganze angenähte eine Rand der Wunde abgerissen wurde, so dass eine neue Längswunde entstand. Neue Naht, Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

14) **A. Stengel** und **H. D. Beyea.** Gastroptosis: Report of a case in which a new operation was undertaken and the patient greatly improved.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juni.)

Verff. suchten den Magen in die normale Lage zu bringen und darin festzuhalten durch Verkürzung des Ligamentum gastrohepaticum und gastrophrenicum. Die Art der Nahtanlegung und Faltenbildung im Bereiche der beiden Ligamente ist ausführlich im Operationsberichte beschrieben.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

15) T. M. Rotch. Perforation of the stomach in an infant seven weeks old.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Oktober.)

Bei dem kleinen Kinde, welches mit den Zeichen der Perforationsperitonitis ins Spital gebracht wurde, wurde die Laparotomie sofort vorgenommen. Trotz Absuchung des gesammten Darmes wurde keine Ursache für die Erkrankung gefunden. Bei der Autopsie fand man den Magen in großer Ausdehnung mit dem Zwerchfelle verlöthet; an einer Stelle eine größere Menge Exsudat. Nach Entfernung desselben sah man einen kleinen, 2—3 mm langen Faden aus der Wand des Magens heraustreten; ringsherum war die Injektionsröthe vermehrt. Auf der Innenseite an der Magenschleimhaut entsprach der erwähnten Stelle ein kleiner runder Substanzverlust. Die ganze Partie der Magenwand wurde ausgeschnitten, in Zenker's Flüssigkeit eingelegt und nach Paraffineinbettung mikroskopisch untersucht. Als Ergebnis der sehr sorgfältigen Untersuchung fand sich an der erwähnten Stelle eine schräg verlaufende Perforation; innerhalb derselben ein Fremdkörper, bestehend aus einem Bündelchen sehr kleiner strukturloser Fasern. Diese schienen einem Seidenfädchen anzugehören. Verf. nimmt an, dass entweder eine Nadel mit einem kurzen Stück Faden verschluckt und die erstere in dem Gewirr von Darmschlingen übersehen worden ist, oder dass es sich um ein perforirendes Follikulargeschwür handelt, in welches das Fädchen zufällig hineingerathen ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

16) Kocher. Totalexcision des Magens mit Darmresektion kombinirt. (Aus der chir. Universitätsklinik in Bern.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 37.)

K. macht auf die bisweilen nach Operationen am Magen-Darmkanal auftretenden Blutungen aufmerksam, die sehr gefährlich werden können. In seinem Falle wurde fast der ganze Magen mit einem Theile des Colon transversum, welches mit demselben verlöthet war, resecirt. Die Krankengeschichte theilt K. sehr ausführlich mit.

Einige Tage nach der Operation starb Pat. unter den Symptomen allmählicher Entkräftung und leichter Peritonitis. Bei der Sektion zeigte sich Ösophagus und Duodenum tadellos verklebt, dessgleichen die Vereinigungsstelle des Colon transversum. Dagegen zeigte sich an den im Becken gelegenen Ileumschlingen leichter fibrinöser Belag und blutig-seröser Erguss, und beim Aufschneiden der fibrinös belegten Darmschlingen fand sich in 2 m Länge von der Ileo-Coecalklappe aufwärts eine Schleimhautnekrose. Weder an der Arteria mesaraica superior noch an der Vena mesaraica fand sich eine Thrombose. Langhans hielt desshalb die bei der Operation stattgehabte Zerrung der Arterie für die Ursache der Nekrose, wofür auch frühere Experimente von Cohnheim sprechen. Auch die bisweilen nach solchen Operationen auftretenden hartnäckigen Durchfälle dürften auf Nekrosen in der Darmschleimhaut zurückzuführen sein.

K. räth desshalb in Fällen von Verwachsung des Magens an der Rücken- oder Unterfläche mit dem Mesocolon und der Wurzel der Mesenterien, der Gefahr auch nur vorübergehender Cirkulationshemmung Rechnung zu tragen und durch Vermeidung zu starker Zerrung an Magen und Därmen die Bildung anämischer Nekrosen auf der Schleimhaut des Darmtractus zu vermeiden. Dazu gehört möglichst ausgiebige Freilegung der Rückenfläche des Magens, um diesen gehörig vorziehen zu können, ohne dass die Gefäße an der Wurzel der Mesenterien zu sehr gezerrt werden.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

17) E. S. Perman. Redogörelse för 42 gastroenterostomier.

(Hygiea Bd. LXI. p. 353.)

In der 4. Versammlung der nordischen Gesellschaft für Chirurgie theilte Verf. seine Erfahrung über 42 von ihm in 10 Jahren ausgeführte Gastroenterostomien mit. 27mal wurde sie wegen Cancer pylori — mit 11 Todesfällen —, 10mal wegen

Narbenstenose daselbst (1 †), 1mal wegen Knickung im Pylorus mit Verwachsungen und Gastroptose ausgeführt. Mit der Verbesserung der Operationstechnik ist augenscheinlich die Prognose der Operation besser geworden. In der ersten Serie von 14 Fällen hat sich Verf. der Knopfnaht zur seromuskulären Naht bedient. Diese Fälle gaben 6 Heilungen auf 8 Todesfälle (57%); unter den 24 Letztoperirten kommen 20 Heilungen auf 4 Todesfälle (16,6%). Verglichen mit den Haberkant'schen Zusammenstellungen (59 Fälle der Jahre 1881—1887 mit 55,9% Mortalität und 239 Fälle 1888—1894 mit 39,3%) stellen sich also die Zahlen Verf.s aus den Jahren 1894—1899 bedeutend günstiger.

Als eine zweite Verbesserung der Technik rechnet Verf. den Übergang von der Wölfler'schen zur v. Hacker'schen Methode. In einer ersten Serie von 21 Fällen wandte er (1 Fall ausgenommen) die Wölfler'sche Methode ausschließlich an, seit dem Jahre 1897 die v. Hacker'sche. 2 Fälle der ersten Serie, bei denen anhaltendes Gallenerbrechen vorkam, die v. Büngner'sche Enteroanastomose wegen Kräfteverfall nicht angelegt werden konnte, und der Tod erfolgte, veranlassten ihn die Methode zu verändern. Unter den 17 nach v. Hacker Operirten (darunter 10 Carcinomen ohne einen Todesfall) ist das fatale Gallenerbrechen nicht einmal vorgekommen.

Wohl giebt Verf. zu, dass die v. Hacker'sche Methode etwas größere Schwierigkeiten in der Ausführung darbietet, speciell bei der Hervorholung der hinteren Magenwand; doch ist er dadurch, dass er selbst die hintere Magenwand vorhält, bis die erste Reihe der Nähte angelegt ist, über diese Schwierigkeiten gut hinweg gekommen. Der Assistent — oft hat sich Verf. mit nur 2 Schwestern begnügen müssen — muss nur die Nadel in den Nadelhalter richtig einsetzen.

Die Pyloroplastik hat Verf. nie ausgeführt, da die Erfahrung gelehrt hat, dass, obschon viele Operateure mit dieser weniger eingreifenden Operation gute Resultate erreicht haben, diese im Großen und Ganzen doch nicht so gut wie die der Gastroenterostomie gewesen sind.

Unter den übrigen 5 Fällen war eine Gastroenterostomie wegen Pylorusstenose durch ausgedehnte perigastrische Verwachsungen mit Destruktion eines größeren Theiles der Magenwand verursacht (†), 4 Gastroenterostomien in Vereinigung mit Pylorektomie wegen Carcinom ausgeführt (2 †). — Alle Krankengeschichten sind übersichtlich tabellarisch zusammengestellt. Als Anhang werden noch 5 weitere Krankengeschichten später gemachter Operationen gegeben.

Hansson (Cimbrishamn).

18) **Hahn.** Über Pneumatosis cystoides intestinorum hominis und einen durch Laparotomie behandelten Fall. (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 40.)

Nachdem H. auf die bisher äußerst selten gefundenen lufthaltigen Cysten am menschlichen Darme, Scheide und Harnblase, deren Ursache Klebs in Bakterien sah, hingewiesen, beschreibt er ausführlich einen im Krankenhause Friedrichshain zur Beobachtung gekommenen Fall, der als erheblich gebessert das Krankenhaus verließ.

Bei dem an schweren Magensymptomen leidenden Manne war rechts von der Mittellinie bei der Palpation eine umschriebene, weich-elastische Resistenz im Hypogastrium zu fühlen, dessgleichen im aufgetriebenen Bauche ähnliche kleinere weiche, elastische Stellen.

Wegen Erscheinungen von Darmstenose wurde die Laparotomie gemacht, bei welcher der ganze Dickdarm und auch der größte Theil des Dünndarmes an dem dem Gekrösansatze gegenüberliegenden Theile des Darmes sich dicht besetzt zeigte mit zahllosen Cysten, die angeschnitten Luft enthielten. Beim Zerdrücken platzten die Cysten mit lautem Knalle.

Da an eine radikale Entfernung nicht zu denken war, so wurden nur einige Cysten zerdrückt, andere nach Unterbindung des Stieles exstirpirt. Der nach links

verlagerte Magen wurde zurecht gerückt, dann die Bauchwunde geschlossen. — Letztere heilte nicht primär. Doch trat allmählich auf Eingießungen und Glycerineinspritzungen guter Stuhlgang und beträchtliche Erholung ein. An der Wand der Cysten waren Kokken nachweisbar.

H. betrachtet das Gefühl bei der Palpation der prallelastischen Unterleibsgeschwülste als ein so charakteristisches, dass er im Wiederholungsfalle daraus die Diagnose stellen zu können glaubt. Das Fehlen der Dämpfung schützt vor Verwechslung mit Echinokokken.

Die Entstehung der Luft dürfte höchst wahrscheinlich der Einwirkung von Bakterien zuzuschreiben sein. Da die Cysten zuerst zwischen den Darmmuskelschichten sich entwickeln, so ist damit auch die Beeinträchtigung der Peristaltik erklärlich.

H. hält dafür, auch auf Grund der anderen wenigen beobachteten Fälle, dass nur die Laparotomie mit Zerstörung der Cysten einigermaßen Heilung hervorbringen kann. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

19) M. Rutkowski. Die mechanische Unwegsamkeit des Darmes auf Grund von 156 Fällen.

(Sammlung der zu Ehren weil. Prof. Obaliński's publicirten Arbeiten.)

Verf. hat das ganze von Obaliński gesammelte Material selbst beobachteter Fälle von Darmocclusion genau gesichtet und in einzelnen Gruppen je nach der die Unwegsamkeit des Darmes veranlassenden Ursache gruppirt.

Gruppe I. Torsion des S romanum

wurde 31mal beobachtet. 21 Pat. befanden sich zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre. Das Leiden trat immer plötzlich auf. Erbrechen war bloß ausnahmsweise vorhanden. Der Bauch pflegte ungleichmäßig aufgetrieben zu sein, und zwar war fast stets eine stark ausgedehnte Darmschlinge von der linken Darmbeinschaufel bis zur Lebergegend aufsteigend nachweisbar. Der klinische Verlauf pflegte in Bezug auf die Intensität der Symptome ein sehr verschiedener zu sein: 9mal wurde Peritonitis konstatirt, 4mal Nekrose des Darmes; 26mal bestand der operative Eingriff in Detorsion der Schlinge, 3mal wurde ein künstlicher After angelegt und 2mal die Resektion der Schlinge mit regelrechter Darmnaht ausgeführt. Es wurden 15 Heilungen (48,4%) erzielt.

Interessant ist der Umstand, dass unter den Pat. 4 mit 2maliger und 1 sogar mit 3maliger Torsion der Flexur vorkommen. Auch hierbei hat Obaliński 3mal resecirt.

Gruppe II. Torsion des Dünndarmes.

Hierher gehören 24 Fälle, ebenfalls zumeist zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre.

Der Allgemeinzustand der Pat. war fast in allen Fällen ein schlechter. Der Bauch war ungleichmäßig aufgetrieben, einzelne ausgedehnte Schlingen deutlich wahrnehmbar. Der Verlauf war stets ein bösartiger, was schon die 16mal bei der Operation konstatirte Peritonitis beweist. 2mal musste der gangränöse Darm resecirt werden. 1mal wurde ein künstlicher After angelegt. Geheilt wurden durch die Operation 6 Pat. (25%).

Gruppe III. Torsion des Blinddarmes.

Das Leiden trat bei den 5 im mittleren Alter befindlichen Pat. zumeist plötzlich auf. 3mal war der stark ausgedehnte Blinddarm fühl- und sichtbar, 2mal bloß die Auftreibung des Dünndarmes bemerkbar. 2 Heilungen (40%).

Gruppe IV. Strangulation.

Die Mehrzahl von den 16 in diese Gruppe gehörigen Pat. stand zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre, und zwar waren es vorwiegend Frauen.

Einzelne Pat. hatten schon früher an Stuhlbeschwerden gelitten, andere waren bereits aus anderen Ursachen laparotomirt worden. Erbrechen war fast stets vorhanden, eben so heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen. Zumeist war die

Strangulation durch entzündliche Produkte oder durch das Meckel'sche Divertikel bedingt, eben so wie durch Verwachsungen des Netzes. 13mal wurde bloß die Strangulation gelöst, 3mal musste der Darm resecirt werden. Es wurden 7 Heilungen (43,7%) erzielt.

Gruppe V. Falsche Reposition einer Hernie.

In diese Gruppe hat Verf. 7 Pat. mittleren Alters eingereiht. Der Bauch pflegte nur mäßig aufgetrieben zu sein, dagegen war lokaler Meteorismus so wie vermehrte Resistenz entsprechend dem falsch reponirten Darme zu konstatiren. 4 Pat. wurden durch die Laparotomie gerettet (57%).

Gruppe VI. Subcoecale Hernie.

1 Fall bei einem 37jährigen Manne. Laparotomie nach 2tägiger Krankheitsdauer. Genesung.

Gruppe VII. Akute Invagination.

Auch in dieser 15 Fälle umfassenden Gruppe überwiegt das reifere Alter, da bloß 2 Pat. unter 10 Jahren alt waren. Die Symptome pflegten zumeist ohne veranlassende Ursache plötzlich aufzutreten, und zwar Erbrechen und vollständige Stuhlverhaltung. Der in manchen Fällen konstatirte Abgang von blutigem Schleim ist für diese Art von Unwegsamkeit durchaus nicht pathognomonisch, da er auch bei anderen Formen dieses Leidens konstatirt wurde. Die der erkrankten Darmpartie entsprechende charakteristische Geschwulst war in der Mehrzahl der Fälle deutlich fühlbar. Gangrän des Darmes trat relativ zeitig auf (in 10 Fällen). Die Desinvagination gelang in 5 Fällen, 7mal wurde die invaginirte Partie resecirt und die Darmnaht angelegt, 3mal ein künstlicher After etablirt. Heilung wurde in keinem Falle erzielt.

Gruppe VIII. Chronische Invagination.

Bei den 9 hierher gehörigen Pat. ist es nie zu vollem Darmverschluss gekommen, sondern Verstopfung und Diarrhöe wechselten mit einander ab. Erbrechen war nur selten vorhanden, dagegen öfters Nausea. Die Desinvagination gelang bei der Laparotomie 6mal trotz verhältnismäßig langer Dauer der Krankheit (in einem Falle 70 Tage). In den übrigen Fällen mussten eingreifendere Operationen vorgenommen werden. Im Ganzen genasen 8 Pat. (88,8%).

Gruppe IX. Winklige Knickung.

Die 10 in diese Gruppe zusammengefassten Pat. standen zumeist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Der Verlauf pflegte ein nicht besonders stürmischer zu sein. Erbrechen war oft vorhanden. Als veranlassende Ursache werden oft postperitonitische Adhäsionen erwähnt, namentlich bei Frauen. 8 Pat. wurden durch Laparotomie gerettet (80%).

Gruppe X. Ausgedehnte Verwachsungen.

Die Krankengeschichten der 7 Pat. reihen sich sowohl bezüglich des klinischen als auch des anatomischen Bildes eng an die vorige Gruppe an. 1 Heilung (14,28%).

Gruppe XI. Kompression des Darmes.

Bei den 4 Pat. war die Kompression des Darmes durch Geschwülste erfolgt. 2mal kam es zu Gangrän des Darmes. 1 Genesung (25%).

Gruppe XII. Obturation der Darmlichtung.

Wegen dieser Indikation wurde die Operation 3mal an derselben Pat. ausgeführt.

Das 1. Mal fand man einen cylindrischen, 3 cm im Durchmesser betragenden und 3 cm hohen Gallenstein im Dünndarme. Nach 14 Tagen wiederholten sich die Symptome der Occlusion, und bei der Laparotomie wurde ein ähnlicher Stein zu Tage gefördert. Als nach einem weiteren Monate dieselbe Operation wiederholt werden musste, erlag Pat. derselben.

Gruppe XIII. Darmverschluss durch Narben.

Die occludirende Narbe befand sich je 1mal im Dünndarme, Blinddarme und aufsteigendem Dickdarme. 2mal musste die Enteroanastomose ausgeführt werden. 2 Pat. genasen (66,6%).

Gruppe XIV. Darmtuberkulose.

8 Fälle zumeist von durch Tuberkulose bedingter Knickung. 5mal wurde die Darmocclusion behoben (62,5%).

Gruppe XV. Darmkrebs.

13 Fälle mit 2 Besserungen.

Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Verf. wohl mit Recht frühzeitige Laparotomie bei Darmocclusion, um so mehr, als die Diagnose derselben eine leichte ist, und zumeist auch die Form der Verschließung mit allergrößter Wahrscheinlichkeit vor der Operation bestimmt werden kann.

Trzebicky (Krakau).

20) **R. v. Hippel.** Ein Fall von doppelter Invaginatio intestini. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin [Geh. Medicinalrath Prof. Dr. v. Bergmann].)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 39.)

Der von v. H. berichtete, einen $1^3/_4$ Jahr alten Knaben betreffende Fall, bei welchem die Diagnose der Invagination leicht zu stellen war, zeichnete sich dadurch aus, dass eine doppelte Invagination bestand. Die eine Invagination war leicht zu lösen; bei der zweiten war die Resektion nöthig, die in typischer Weise mittels des Frank'schen Knopfes ausgeführt wurde.

Betreffs der Erklärung für das Zustandekommen der doppelten Invagination verweise ich auf das Original.

Der Fall verlief, da erst am 4. Tage des Bestehens chirurgische Hilfe in Anspruch genommen war, tödlich. Die Möglichkeit der Reduktion der Invagination, von der die Prognose quoad vitam wesentlich abhängig ist, nimmt aber mit jedem Tage des Zuwartens ab. Die Anlegung eines Kunstafters wäre ein rein palliatives Mittel gewesen. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

21) **L. Desguin.** Obstruction intestinale par calcul biliaire. Laparotomie. Guérison.

(Soc. med. chir. d'Anvers. Annales 1899 p. 245 ff.)

Eine sehr beleibte 54 Jahre alte Frau litt seit 4 Tagen an den Erscheinungen inneren Darmverschlusses, Kothbrechen etc. Sie litt früher an habitueller Stuhlverstopfung, vor einem Monat bestand etwa 14 Tage lang leichter Ikterus, Leberkoliken waren nie vorhanden. Bei der Laparotomie floss zunächst eine Menge Ascites ab. Beim Abtasten des Dickdarmes stieß man auf einen harten Körper, den man für einen Gallenstein hielt. Beim Abtasten des Dünndarmes fand sich 10 cm oberhalb der Ileocoecalklappe wiederum ein solcher harter Körper, welcher hier eingeklemmt festsaß. Es gelang D., denselben massirend in den Blinddarm zu schieben, worauf die Kothstauung oberhalb sofort nachließ. Schluss der Bauchwunde. 4 Tage später wurde der erste Gallenstein auf normalem Wege entleert — größter Durchmesser 3 cm, Tags darauf der zweite — größter Durchmesser $3^1/_3$ cm. Beide Steine hatten eine abgeflachte Wand, mit der sie an einander gelegen hatten. Zusammengelegt bildeten sie Eiform. An der Leber und den Gallenwegen fand D. weder Verwachsungen noch sonst etwas Abnormes. Heilung.

E. Fischer (Straßburg i./E.).

22) **J. P. C. Griffith.** Congenital idiopathic dilatation of the colon.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. September.)

Ein 3jähriger Knabe litt seit der Geburt an Stuhlverstopfung. Im Alter von $2^1/_2$ Jahren war dieselbe so hochgradig, dass der Leib bis zum Platzen aufgetrieben war, und dass erst die Einführung eines Darmrohres durch Abgang von Gasen Linderung brachte. Der Leib blieb in der Folge enorm aufgetrieben, so dass einige Monate später in der rechten Leistengegend die Kolotomie gemacht wurde, die das Kind nur wenige Tage überlebte. Bei der Autopsie wurde nichts Abnormes gefunden außer einer 10 Zoll langen Verengerung im Ileum, kurz vor der Bauhin-

schen Klappe. Das Ileum war nicht erweitert. Am Colon war keine Veränderung wahrzunehmen.

Die Diagnose lässt sich am Lebenden — nach der Zusammenstellung einer großen Zahl von Fällen aus der Litteratur — aus der hochgradigen Verstopfung, dem enormen Meteorismus, oft aus dem ausgedehnten Colon, welches tastbar und für das Auge sichtbar ist, ferner aus dem Fehlen eines organischen Hindernisses der Darmcirkulation stellen. In den meisten Fällen wurde die Diagnose erst nach dem Tode gestellt. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

23) **R. H. Fitz.** The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor, and the appropriate treatment of suitable cases of these affections by resection of the sigmoid flexure.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Folgende 2 Fälle aus der Mittheilung F.'s sind bemerkenswerth:

1) Ein 40jähriger Mann litt seit seiner Kindheit an Auftreibung des Bauches und hartnäckiger Verstopfung. Mit 20 Jahren trat ein ileusähnlicher Anfall auf; damals wurde vom Arzte die Punktion des Darmes durch die Bauchdecken vorgenommen. 13 Jahre später wiederholte sich der Anfall, um in den nächsten 7 Jahren noch 5mal wiederzukehren. Beim letzten Anfalle willigte der Pat. in die Laparotomie, bei welcher eine enorm ausgedehnte Flexur gefunden wurde, ein. Diese wurde resecirt; obgleich die Naht gehalten, ging der Kranke an septischer Peritonitis zu Grunde.

2) In einem anderen Falle, der eine 37jährige Frau mit ähnlicher Vorgeschichte und neurasthenischen Symptomen betraf, wurde zuerst der Wurmfortsatz, der mit der Bauchwand verlöthet war, resecirt und erst, als dies erfolglos war, die Resektion des S romanum vorgenommen. Hier trat Heilung ein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) **Apert.** Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. Lésions considérables de l'appendice, pas de cavité close, aucun symptome d'appendicite.

(Presse méd. 1898. No. 102.)

In der klinischen Abtheilung Dieulafoy's im Hôtel Dieu starb ein Mann an Tuberkulose. Die Sektion ergab neben Lungen- und Kehlkopftuberkulose ausgedehnte Erkrankung des ganzen Darmes, zahlreiche Ulcerationen, aber keine Peritonitis. Interessant und mittheilenswerth ist der Befund am Wurmfortsatze, besonders auch wegen der Schlussfolgerung, die Verf. aus ihm zieht. Der Wurmfortsatz zeigte hervorragende Veränderungen; seine distale Hälfte war stark vergrößert, mit zahlreichen miliaren Knötchen besetzt, die durch das unversehrte, glatte Peritoneum durchschimmerten; die Farbe war weiß und röthlich-gelb gefleckt. Eine eingeführte Sonde stellte die Durchgängigkeit des Processus vermiformis fest.

Aufgeschnitten konnte man in der unteren Hälfte die Wand unregelmäßig verdickt sehen, durchsetzt von zahlreichen Knötchen; die Schleimhaut war vielfach ulcerirt. Die Ulcerationen waren verschieden tief gehend, darunter typische Bilder tuberkulöser Darmgeschwüre.

Alle diese schweren Läsionen im Darme und Wurmfortsatze haben klinisch absolut keine Erscheinungen gemacht.

Verf. vergleicht nun diesen Fall mit jenen Appendicitiden, in denen oft viel geringere Veränderungen so stürmische klinische Symptome hervorrufen, und sucht dieses Missverhältnis durch die Lehre von der »Cavité close« zu erklären. Bei der gewöhnlichen Appendicitis sind die Bakterien virulent, sie erhalten ihre Virulenz durch die Bildung eines abgeschlossenen Hohlraumes, einer »Cavité close des Proc. vermiformis«. In dem vorliegenden Falle stand der Wurmfortsatz in offenem Zusammenhange mit dem Blinddarme, die Bakterien wanderten nicht von dem Hohlraume zum Bauchfelle, erzeugten keine Peritonitis mit all ihren mehr oder weniger stürmischen Erscheinungen.

Verf. hält daher gerade diesen Fall, trotz des Fehlens einer »Cavité close«, für einen neuen Beweis für die Richtigkeit der viel bestrittenen Lehre Dieulafoy's und schließt aus ihm, dass selbst so ausgedehnte und tiefe Veränderungen des Wurmfortsatzes sich vollständig still verhalten können, weil sie nicht zu einer Umbildung des Kanales in einen geschlossenen Hohlraum geführt haben.

Tschmarke (Magdeburg).

25) **F. Hofmeister.** Über eine ungewöhnliche Erscheinungsform der Blinddarmaktinomykose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Blinddarmaktinomykose, die wegen ihrer ungewöhnlichen Erscheinungsform wie auch in differentialdiagnostischer Beziehung von Interesse sein dürften. Es handelte sich beide Male um apfelgroße, gut begrenzte, derbe und wenig druckempfindliche Ileocoecalgeschwülste, von denen die eine mit der Fascia transv. verwachsen, die andere unter den Bauchdecken verschieblich war. Bei der Operation zeigten sich Blinddarm und Wurmfortsatz von der Geschwulst umwachsen, Netz und Colon transversum mit derselben adhärent. Erstere wurden mit der Geschwulst entfernt, eben so ein je 10 cm langes Colonstück; die zurückbleibende Flexura hepatica wurde in einem Falle verschlossen, im anderen exstirpirt. Seitliche Vereinigung von Ileum mit Colon transversum. Heilung.

Die Hauptmasse beider Geschwülste wurde von derbfibrösem Bindegewebe gebildet; im 1. Falle gelang es nach eingehender Untersuchung, Aktinomycesdrusen zu finden, im zweiten konnte dieser Nachweis nicht erbracht werden; doch berechtigt die absolute Gleichheit des anatomisch-histologischen Befundes Mangels jeder anderen plausiblen Erklärung ebenfalls zur Diagnose Aktinomykose.

Charakteristisch ist, wie H. des weiteren ausführt, für die beiden Fälle die eigenartige, lokale Begrenzung des aktinomykotischen Processes, die ganz im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Krankheitsbilde steht, und es ergiebt sich hieraus, dass auch der Nachweis einer scharf abgegrenzten, ja selbst einer beweglichen Geschwulst der Ileocoecalgegend den Verdacht auf Aktinomykose nicht absolut ausschließt.

Honsell (Tübingen).

26) **H. Lindner.** Zur Kasuistik der scheinbar primären Geschwülste mit latentem Primärherde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. p. 462.)

L. berichtet über 2 Fälle primärer Darmgeschwülste, die das Gemeinsame haben, dass zunächst nur ihre Metastasen erkannt und therapeutisch angegriffen wurden, während die primären Lokalisationen erst viel später klinisch in Erscheinung traten:

1) 50jähriger Mann, kopfgroße Oberschenkelgeschwulst; radikale Heilung wegen zu erheblichen Umfanges aussichtslos, mit Rücksicht auf die Beschwerden schließlich doch Hüftexartikulation vorgenommen. Nach derselben allmählich zunehmende Appetitlosigkeit, Erbrechen, Tod. Die Sektion ergiebt als Todesursache ein Carcinoma ventriculi; die Oberschenkelgeschwulst erwies sich als eine Knochen-Metastase desselben.

2) 36jähriger Mann. Vor $1/2$ Jahre Exstirpation eines angeblich carcinomatösen Geschwürs am Kopfe; seit 14 Tagen Ileus. Großes Drüsenpacket am Halse, Geschwulst im rechten Hypochondrium. Operation zeigt eine Intussusception des Dünndarmes, die invaginirte Stelle, wie der Dünndarm überhaupt, sind von Geschwülsten durchsetzt. Resektion. Nach 24 Tagen Tod an Entkräftung. Die Geschwülste erwiesen sich über den Dünndarm zerstreut, ragten ins Darmlumen hinein. Mikroskopische Diagnose: Lymphosarkom.

Anscheinend hatte sich das Lymphosarkom primär im Darme entwickelt, und von diesem aus waren zunächst das Geschwür am Kopfe, dann — direkt oder indirekt — die Lymphdrüsengeschwülste am Halse entstanden.

Honsell (Tübingen).

27) **W. McAdam Eccles.** Carcinoma of the ascending colon and its treatment.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 13.)

Verf. theilt 2 Fälle von Carcinom des Colon ascendens mit, einen bei einem Manne von 43, den anderen bei einer Frau von 45 Jahren. Bei dem ersteren hatte sich ein vollständiger Darmverschluss entwickelt. Hier wurde die Resektion des Colon gemacht mit ungünstigem Erfolge. Beim zweiten Falle wurde zunächst die carcinomatös infiltrirte Stelle des Colon aus der Bauchhöhle hervorgezogen und mit der Bauchwand vernäht, die Resektion erst nach 8 Tagen vorgenommen.

Verf. empfiehlt das zweizeitige Verfahren in den Fällen, wo sich die Folgen der Stenosirung des Darmrohres in erheblicher Weise bemerkbar machen. Gegebenen Falles sei dasselbe mit Anlegung eines Kunstafters zu verbinden. Für solche Fälle von Krebs des Colon ascendens, bei denen die Einnähung der Darmpartie nicht möglich ist, empfiehlt Verf., zunächst eine Anastomose zwischen Dünndarm und Colon transversum anzulegen und erst nachdem diese in Funktion getreten, das Colon ascendens zu reseciren. **Weiss** (Düsseldorf).

28) **F. T. Paul.** Two cases of colectomy.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

Verf. hat eine schon früher von ihm empfohlene Methode der Colonresektion in 2 weiteren Fällen von Carcinom der Flexura sigmoidea angewendet. Das Mesenterium wird nach Unterbindung der in denselben verlaufenden Gefäße von der erkrankten Darmpartie abgetrennt und letztere aus der Bauchhöhle hervorgezogen. Sodann wird das Mesenterium in entgegengesetzter Richtung vernäht, der Darm ober- und unterhalb der erkrankten Partie neben einander gelagert und vernäht. Ober- und unterhalb der Geschwulst wird der Darm geöffnet, je ein Glasrohr hineingeschoben und durch Unterbindung des Darmes fixirt. Die erkrankte Stelle wird sodann weggeschnitten. Man erhält so einen Anus praeternaturalis, welcher später durch Anlegen einer dem Dupuytren'schen Enterotom ähnlichen Zange an den Sporn mit nachfolgender Naht der Schleimhaut zum Verschluss gebracht werden kann.

Bei einem der beiden so behandelten Fälle begnügte sich P. mit Anlegung des Kunstafters. Pat. war nach $1^1/_2$ Jahre noch völlig gesund.

Beim anderen erfolgte 22 Tage nach der Resektion der erste Stuhlgang auf normalem Wege, am 24. Tage nach der Operation war der Anus praeternaturalis völlig geschlossen. **Weiss** (Düsseldorf).

29) **Fr. Schneider.** Die Behandlung des Rectumcarcinoms und ihre Erfolge in der Rostocker chirurgischen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

S. giebt einen Überblick über die Behandlungsweisen des Mastdarmcarcinoms und deren Folgen unter Zugrundelegung von 116 Fällen der Rostocker Klinik. Wenn irgend möglich, d. h. wenn die Geschwulst nicht verwachsen, nicht cirkulär war und nicht höher als 8—10 cm über den Afterrand hinaufreichte, wenn ferner keine Metastasen zu fühlen waren, wurde ohne Knochenresektion operirt. Als inoperabel galten andererseits Carcinome bei Metastasenbildung in anderen Organen, Übergreifen auf Blase oder Gebärmutter, bei großer flächenhafter Verbreitung auf der Vorderfläche des Darmes. In weitaus der Mehrzahl der Fälle mussten Knochenresektionen ausgeführt werden. Bezüglich des Vereinigungsverfahren leistete die Cirkulärnaht bei genügender Dicke der Darmwand und nur mäßiger Spannung die besten Dienste, anderenfalls wurde bloß die Vorderwand vernäht; Invagination ist nur empfehlenswerth, wenn der distale Mastdarmrest nur klein und der Darm genügend beweglich ist.

Resultate: 1) Von 20 ohne Knochenresektion radikal Operirten starben an der Operation 2, an Recidiven 8, 7 leben und sind gesund.

2) Von 12 nach Kocher Operirten starben an der Operation 4, an Recidiven 7, 1 lebt.

3) Von 17 nach Kraske Operirten starben an der Operation 4, an Recidiven 5, 5 leben, davon 2 mit Recidiven.

4) Von 4 nach Schlange Operirten starb an der Operation keiner, 1 ging später an Peritonitis, 2 an Recidiv zu Grunde, 1 lebt und ist gesund.

Die Kocher'sche und Kraske'sche Methode haben somit etwa gleiche Resultate gezeitigt, das Schlange'sche Verfahren ist nach Verf. nicht zu empfehlen. Von sämmtlichen 32 mit Knochenresektion operirten Fällen starben an der Operation 8, innerhalb der ersten beiden Jahre 18; länger als 3 Jahre haben nur 2 Pat. gelebt. Sind die Gefahren der Operation demnach auch große, so bleibt sie, wie betont wird, doch berechtigt, da sie den einzigen Ausweg einer Rettung bietet. In 32 inoperablen Fällen endlich wurde die Kolostomie ausgeführt; die Kranken hatten nachher noch eine durchschnittliche Lebensdauer von 8 Monaten 24 Tagen. **Honsell** (Tübingen).

30) Brenner. Über das primäre Carcinom des Ductus choledochus.

(Virchow's Archiv Bd. CLVIII.)

B. theilt 2 Fälle von Carcinom des Ductus choledochus mit, in denen während des Lebens die richtige Diagnose nicht gestellt werden konnte, trotzdem beide zur Operation gekommen waren. Er bespricht die Schwierigkeiten, derartige Neubildungen auch nur mit einiger Sicherheit zu diagnosticiren und möchte nur die Chirurgen auf derartige seltene Fälle aufmerksam machen, damit an die Möglichkeit des Vorhandenseins eines Choledochuskrebses rechtzeitig gedacht werde.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

31) Abée. Über multilokulären Echinococcus der Leber und einen Fall von Echinococcus des Beckens und des Oberschenkels.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 519.)

Verf. hat im pathologischen Institute zu Marburg Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von multilokulärem Echinococcus der Leber, welche aus Hessen und Waldeck, also aus Gegenden stammten, die bisher von dieser seltenen Form der Echinokokkenkrankheit fast ganz frei waren, zu untersuchen. Aus der Krankengeschichte ist zu erwähnen, dass in dem einen Falle Ikterus schon jahrelang bestanden haben, in dem anderen erst 8 Tage vor dem Tode aufgetreten sein soll. Die Echinokokken hatten den typischen histologischen Bau — vielfächeriges, aus derbem Bindegewebe zusammengesetztes Gerüst, in dessen Alveolen die mehr oder weniger gut erhaltenen Hydatiden eingebettet waren, die partielle Nekrose eben dieser Bindegewebssepten, wodurch umschriebene, ulceröse Zerfallsherde entstanden waren, die mannigfachen Durchbrüche des Parasiten in das eine oder das andere Kanalsystem der Leber —, wie ihn Virchow zuerst beschrieben hat. Über die Wege, auf denen der Parasit in die Leber eingedrungen war, gaben die Fälle keinen Aufschluss, dahingegen ließen sich die Bahnen, auf denen innerhalb der Leber die Ausbreitung erfolgt war, wenigstens in dem 2. Falle, nachweisen. Es waren dabei Blut-, Lymphgefäße und Gallengänge betheiligt. In beiden Fällen fanden sich außerordentlich reichliche, die Lichtung der Hohlräume stark einengende, als Fremdkörperriesenzellen aufzufassende Gebilde. Die Beziehungen zwischen multilokulärem und unilokulärem Echinococcus streift Verf. nur kurz, da sich auf Grund seiner rein anatomischen Untersuchungen darüber begreiflicherweise nicht viel sagen ließ.

Weiterhin beschreibt Verf. einen eigenthümlichen Fall von gewöhnlichem Leberechinococcus, bei welchem wohl in Folge einer vorwiegend exogenen Wachsthumsfähigkeit eine Verbreitung in der Leber auf dem Wege der Gallengänge stattgefunden und zur Bildung geschwulstähnlicher, an der Leberoberfläche hervortretender Prominenzen geführt hatte.

Der letzte Fall des Verf. betrifft einen Echinococcus des Beckens und des Oberschenkels, dessen ausführliche Beschreibung noch von chirurgischer Seite erfolgen soll. Erwähnt sei daher hier nur, dass es sich um einen multilokulären Echinococcus handelte, der sich aber von dem multilokulären Echinococcus der Leber sehr wesentlich unterschied, im Übrigen jedoch ein ähnliches Verhalten zeigte, wie die in der Litteratur beschriebenen Echinokokken der Knochen.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

32) **M. Dezman.** Über traumatische Cysten und Pseudocysten des Pankreas.

(Liečnički viestnik 1900. No. 1 u. 2. [Kroatisch.])

Verf. berichtet zuerst über einen von D. Schwarz operirten Fall: Ein 12jähriger Knabe wurde vor einem Monate von einer Wagendeichsel in das Epigastrium gestoßen; der Verletzte wurde ohnmächtig und warf Blut aus. Schmerzen im Bauche und Anschwellen desselben.

Pat. herabgekommen, 38—39°, Dyspnoë, Abdomen stark aufgetrieben, Ascites. Am 10. November 1898 Laparotomie; es werden 7 Liter hämorrhagischer Flüssigkeit entleert; das Bauchfell injicirt; an der Vorderfläche des Magens eine 2 cm lange Narbe, keine Adhäsionen an dieser Stelle, wohl aber sonst im Bauche. Verlauf nach der Operation afebril, subjektives Befinden gut; am 18. December wird Pat. entlassen.

Am 26. December kehrt Pat. mit einer kugeligen, glatten, fluktuirenden Geschwulst über dem Nabel zurück. Oberhalb der Geschwulst Magenschall, unterhalb sieht man die Kontouren des Quercolons, die Geschwulst selbst giebt leeren Schall. Die Untersuchung auf Glykosurie und Steatorrhoe negativ. Diagnose: Pankreascyste. Am 30. December Laparotomie, die Cyste wird mit Bauchfell umnäht, zuerst mit Trokar entleert und dann die Öffnung erweitert. Drainage der Cyste; die Fistel heilt ziemlich schnell. Die klare Flüssigkeit, welche alkalisch reagirt, zersetzt energisch Stärke, schwach Eiweiß, emulgirt bedeutende Mengen Fett, dreht rechts. In der Flüssigkeit wurden große Mengen von Serumalbumen, diastatischen und emulgirenden Fermenten, kleine von Albumosen und Tyrosin, kein Zucker chemisch (S. Bošnjaković) gefunden.

Am 27. April 1899 kam Pat. wieder ins Krankenhaus wegen einer ventralen Hernie, welche nach einer radikalen Operation heilte.

Nach den klinischen Symptomen würde man die Geschwulst für eine Pankreascyste halten, eben so spricht dafür der Befund aller 3 Fermente. Aber bei der ersten Laparotomie war keine Spur einer Cyste vorhanden, die damals gefundene Peritonitis konnte nicht von der Magenwunde, die man vernarbt fand, ausgegangen sein, da die Narbe frei von Adhäsionen war. Sicher hatte aber das Trauma nicht nur den Magen, sondern auch das Pankreas verletzt, so dass dessen Sekret und Blut in die Bursa omentalis, bezw. durch das Foramen Winslowii in die Bauchhöhle floss und jene Peritonitis verursachte, die bei der ersten Laparotomie gefunden wurde. Nach 7 Wochen, bei der zweiten Laparotomie, wurde dann eine cystische Geschwulst in der Bursa omentalis gefunden, die nur durch Verschluss des Foramen Winslowii entstanden sein konnte. D. glaubt, dass diese Komplikation von Peritonitis bei Pseudocysten regelmäßig vorkommt, worin ihn die Krankengeschichten anderer Autoren bekräftigen. Bei wahren Retentionscysten wurden in keinem Falle peritonitische Symptome angeführt; es ist auch kein Grund für dieselben vorhanden.

Klinisch ist es nicht möglich, die differentiale Diagnose zwischen traumatischer Pseudocyste und wahrer Cyste festzustellen. Für jene sprechen: kurzes Intervall zwischen Trauma und Tumor, Komplikation mit Peritonitis; für diese: langes Intervall, keine peritonitischen Erscheinungen und eventuell Zeichen gestörter Pankreasfunktion. Gemeinschaftlich ist die Geschwulst und die positive Analyse auf Fermente. Die peripankreatischen Geschwülste sind klinisch ähnlich der Pseudocyste, jedoch ist die Analyse negativ.

Verf. bestreitet, dass wahre Retentionscysten des Pankreas in Folge von Trauma entstehen. Er hält die überwiegende Mehrzahl derselben für Pseudocysten.

D. verwirft die Punktion der Cyste eben so zu diagnostischen, wie auch zu kurativen Zwecken. Therapeutisch befürwortet er die einzeitige Incision nach Umnähung oder, wenn möglich, die Exstirpation. **v. Cačković** (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 28. April.** **1900.**

I. Nachtrag zur Mittheilung: Über den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze.

Von
Prof. **O. Witzel** in Bonn.

Gleich nach dem Erscheinen meiner Mittheilung »Über den Verschluss etc.« im Centralblatte für Chirurgie 1900 No. 10 wurde bei mir von mehreren Seiten angefragt, woher die zu versenkenden

Drahtnetze zu beziehen seien. Offenbar bin ich nicht deutlich genug gewesen und trage desshalb Folgendes nach.

Bei der Entwicklung des Verfahrens kam mir bald der Gedanke, vorher fertig gestellte Netze anzuwenden; es wurde jedoch für richtig befunden, im Allgemeinen hiervon Abstand zu nehmen und die Geflechte bei der Operation selbst durch Nahtführung herzustellen. Beim Schlusse von Spalten und Lücken in Weichtheilen kommt es besonders darauf an, dass die Fäden nicht nur in entsprechend dichtem Netzwerke decken, sie sollen in den begrenzenden Rändern recht weit nach allen Richtungen, oft in verschiedener Tiefe, geführt werden. Unter Umständen kommt in die Tiefe ein weniger ausgedehntes Netz, oberflächlicher ein bedeutend weitergreifendes (so bei der Hernia femoralis), dickere Fäden werden mit dünneren durchflochten, bei länglichen spindelförmigen Spalten besorgt eine weitgreifende fortlaufende Naht die erste Annäherung, ein kreuzweis angelegtes Maschenwerk die breite Deckung u. dgl. Die Enden der einzeln angelegten Fäden werden, wie sie zusammengehören, mit Klemmen gefasst oder leicht zusammengedreht, bis es zweckmäßig erscheint, eine Gruppe definitiv zuzudrehen. Dass dieses Zudrehen mit den Fingern, nicht mit einem Drahtschnürer zu geschehen hat, und dass die Enden lang abzuschneiden sind, habe ich schon betont.

Ein Netz von entsprechender Fadenstärke und Maschenweite durch die Arbeit einiger Minuten vorher anzufertigen empfiehlt sich nur bei Defekten platter Knochen. Die Enden werden allseitig lang gelassen und bei der Operation mit Nadeln durch die Weichtheile geführt; hier werden dann nicht zusammengehörige, sondern benachbart austretende Enden zusammengedreht.

Eine Filigranröhre als Ersatz der Tibiadiaphyse wurde inzwischen in einer meiner Abtheilungen durch einen Assistenten zur Einheilung gebracht. Weitere Versuche in dieser Richtung wären also zu empfehlen.

2. April 1900.

II. Über die Verschließung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze (Silberdrahtpeloten).

Von

Dr. **Robert Goepel** in Leipzig.

Die Mittheilungen Witzel's in der No. 10 1900 d. Bl. über den Verschluss von Bruchpforten durch Anlegung einer netzförmigen Silberdrahtnaht veranlassen mich, meine vor $3^1/_2$ Jahren begonnenen und seither fortgeführten, in der gleichen Richtung sich bewegenden Versuche zu veröffentlichen.

Während uns die modernen Methoden der Radikaloperation der Leistenhernien, insbesondere die Methode von Bassini, in der Be-

handlung und Heilung der Leistenhernien mit nicht allzugroßer Bruchpforte außerordentlich gefördert haben, sind die bisherigen Bestrebungen, auch bei den Nabelhernien und Bauchnarbenbrüchen zuverlässige Heilungsverfahren zu erzielen, ohne Erfolg geblieben. Es gilt dies besonders von den genannten Hernien mit kreisrunden weiten Bruchpforten, bei denen eine Annäherung der Ränder der Bruchpforte und eine lineäre Vereinigung derselben nur unter großer Spannung möglich ist. In gleicher Weise unbefriedigend sind unsere bisherigen Erfolge in der Behandlung der Leisten- und Schenkelhernien mit sehr großen Bruchpforten und atrophischen Bruchpfeilern.

Der erste Versuch in den bezeichneten Fällen, eine Verschließung der Bruchpforte durch Einpflanzung eines fremden Materiales herbeizuführen, wurde von Trendelenburg gemacht, welcher im Jahre 1890 die weite Bruchpforte eines Scrotalbruches dadurch verschloss, dass er eine aus einem frisch resecirten Humeruskopf stammende Knochenscheibe in die Bruchpforte einnähte. Später modificirte Trendelenburg bekanntlich das Verfahren, indem er aus dem Becken der Bruchkranken selbst einen Periost-Knochenlappen bildete.

Der Gedanke, an Stelle der von Trendelenburg verwendeten Knochenplatte ein anorganisches, der Resorption widerstehendes und dennoch leicht einheilendes Material, wie es der Silberdraht und ein von diesem gebildetes Silberdrahtnetz bieten, in Anwendung zu ziehen, lag nicht so fern.

Meine Bestrebungen setzten in der gleichen Weise, wie die von Witzel beschriebene Methode, damit ein, dass ich versuchte, durch kreuzweises Anlegen von Silberdrahtnähten eine netzförmige Deckung der Bruchpforte zu erzielen. In der That erscheint dieser Weg ausreichend und geeignet, in leichten Fällen eine sichere Verschließung der Bruchpforte herbeizuführen.

Für die schwereren Fälle mit weiter Bruchpforte schien es uns zweckmäßig, von der Anlegung der Naht erst während der Operation abzusehen und ein im Voraus von Seiten des Goldarbeiters durch Flechtung fertig gestelltes, engmaschiges Silberdrahtnetz in Anwendung zu bringen. Die Vortheile dieser Modifikation bestehen darin, dass 1) die Bruchränder vor der Verletzung durch die zahlreichen Einstiche und Nahtfassungen bewahrt bleiben, dass 2) die Einlagerung des fertigen Netzes einen viel geringeren Zeitaufwand beansprucht als die Anlegung eines Netzes während der Operation, dass endlich 3) das fertige Netz eine durchaus gleichmäßige exakte Beschaffenheit bei der geringsten Anhäufung des fremden Materiales in der Wunde zeigt, während bei der Drahtnaht, besonders bei der Überbrückung weiter Bruchpforten eine sehr große Menge Silberdraht nothwendig ist und trotzdem ein Auseinanderweichen der Drähte und eine Lückenbildung in dem Netze nicht sicher vermeidbar scheint.

Ob auch Witzel im Voraus fertig gestelltes Silberdrahtnetz verwendete oder das Netz nur, wie er es beschreibt, während der Opera-

tion durch die Art der Naht herstellte, geht aus den ersten Mittheilungen desselben nicht deutlich hervor.

Die Ausführung der Operation unter Verwendung des fertigen Netzes findet — zunächst bei den Nabel- und Bauchnarbenbrüchen — derart statt, dass nach Freilegung der Bruchpforte das Netz auf die Bruchöffnung und die in der Umgebung derselben freipräparirte Aponeurose der Bauchmuskeln aufgelegt und durch einige Silberdrahtnähte fixirt wird. Das Netz erhält dabei zweckmäßig eine kreisrunde, ovale oder auch viereckige Form mit abgestumpften Ecken. Bei dem Auflegen des Netzes drängen sich die auf der Aponeurose zurückgelassenen Fettgewebsreste durch die Maschen des Netzes hindurch und legen sich an den über dem Netze in möglichst voller Stärke vereinigten Panniculus adiposus an. Auf diese Weise findet ein Durchwachsen des Netzes seitens des Gewebes statt, und wird die spätere feste Verfilzung des Silberdrahtnetzes mit dem die Bruchpforte deckenden Narbengewebe vorbereitet. Bei kleinen leicht reponiblen Brüchen ist eine Eröffnung der Bauchhöhle zur Freilegung der Bruchpforte nicht immer nöthig. In der Regel wird indess der Bruchsack zu eröffnen und zu reseciren sein. Im letzteren Falle findet die Abschließung gegen die Bauchhöhle nur durch eine fortlaufende Peritonealnaht statt, ohne Vereinigung der Ränder der Bruchpforte. Die Überbrückung des Defektes der Bauchwand findet ausschließlich durch das Netz statt.

Während bei den Nabelbrüchen und Bauchnarbenbrüchen die Aponeurose der Bauchmuskeln die natürliche gleichmäßige Unterlage für das Silberdrahtnetz bildet, lassen es die anatomischen Verhältnisse der Bruchpforte bei den Leistenbrüchen zweckmäßig erscheinen, das Netz nicht auf die äußere Aponeurose, sondern zwischen die stumpf von ihrer Unterlage abgehobene Aponeurose des M. obliquus externus und den M. obliquus internus, oder zwischen den letzteren und den M. transversus zu lagern. Die Aponeurose des äußeren schrägen Bauchmuskels muss, um die Gegend zugänglich zu machen, provisorisch längs gespalten werden. Das in Form eines spitzwinkligen Dreiecks mit abgestumpften Ecken gearbeitete Netz wird so gelagert, dass es sich mit dem einen langen Schenkel an das Lig. Pouparti anlehnt, an welchem es mit einigen Silbernähten befestigt wird, und dass es mit einem entsprechenden Ausschnitte der Basis den nach dem Tuberculum pubis gedrängten Samenstrang eng umfasst. Die Pfeiler der Bruchpforte werden unterhalb und oberhalb des Netzes durch einige Silbernähte an einander gehalten.

Die erste in der beschriebenen Weise unter Anwendung eines fertigen Netzes vorgenommene Operation wurde im März 1897 bei einem Nabelbruche mit thalergroßer kreisförmiger Bruchpforte ausgeführt. Seitdem fand das Verfahren ohne wesentliche Änderung der Methode in 18 Fällen (11 Nabel- und Bauchnarbenbrüchen und 7 Leistenbrüchen) Anwendung, darunter bei Pat. mit über kindskopfgroßen Bruchgeschwülsten und sehr starkem Hervordrängen der Ein-

geweide. Unter diesen 18 Operationen sind 2 Misserfolge zu verzeichnen in so fern, als das Netz wegen Hämatombildung wieder entfernt werden musste. Beide Fälle betrafen zufällig Nabelbrüche mit geringer Ausdehnung der Bruchpforte. Alle übrigen Pat. sind geheilt. Das größte eingeheilte Netz, welches zum Verschluss zweier über einander liegender Brüche der Linea alba und der Nabelgegend verwendet wurde, war $10^1/_2$ cm breit und 17 cm lang.

Es hat sich bei diesen Versuchen gezeigt, dass die in der angegebenen Weise eingelagerten Netze leicht einheilen und ohne Beschwerden von den Operirten vertragen werden, selbst solchen, welche der arbeitenden Klasse angehören. Es muss nur darauf geachtet werden, dass das Netz durch Umsäumen desselben mit Silberdraht einen glatten Rand erhält und nicht zahlreiche Drahtspitzen am Rande vorstehen lässt. Bei Vernachlässigung dieses Umstandes werden die Operirten durch leichte Schmerzempfindungen in der Gegend des versenkten Netzes beunruhigt.

Es stellt die beschriebene Art der Verschließung der Bruchpforte recht eigentlich ein orthopädisches Verfahren dar, welches sich von der althergebrachten Pelotenbehandlung der Bruchkranken nur dadurch unterscheidet, dass die Pelote an die Stelle des Austrittes der Eingeweide in die Bauchdecken versenkt wird.

Außer der Anwendung zur Verschließung der Bruchpforte gestattet das Silberdrahtnetz eine weitere Verwendung überall dort, wo es gilt, ein Gewebe mechanisch zu stützen, und wo die aseptischen Bedingungen für die Einheilung eines Fremdkörpers gegeben sind, so zur Stützung des Nasenrückens und der Nasenspitze bei der Nasenplastik, zur Schließung von Schädeldefekten, zur künstlichen Bildung der Trachea, zur Verschließung von großen Defekten der Bauchwand nach Resektionen derselben wegen Tumoren, oder auch, wie Witzel es vorschlägt, zum künstlichen Knochenersatze.

Das Silberdrahtnetz, so wie fertige Peloten verschiedener Größe sind von dem Instrumentenmacher Otto Moecke, Leipzig, Universitätsstraße, zu beziehen.

---

1) **R. Kennedy** (Glasgow). On the restoration of co-ordinated movements after nerve section.

(Transactions of the royal society of Edinburgh Vol. XXXIX. Part. 3.)

K. schnitt bei 3 Hunden den Nervus ischiadicus in der Höhe des Trochanters durch und vereinigte ihn dann in der Weise, dass bei den beiden ersten Versuchsthieren das periphere Ende der Nerven vor der Naht um 180° gedreht wurde, während beim letzten eine möglichst exakte Wiederherstellung der alten Verhältnisse angestrebt wurde. Zweck der Untersuchung war, zu prüfen, ob die Zeit des ersten Auftretens koordinirter Bewegungen und der weitere Verlauf bei den beiden gewählten Vereinigungsmethoden gleich oder verschieden seien, und ob die resultirende Narbe des Nerven mikro-

skopisch wesentliche Verschiedenheiten in der Anordnung der Nervenfasern zeigte.

Verf. gelangt zu folgendem Resultate: 1) Nach Trennung und unmittelbarer Vereinigung eines Nerven findet sich die Leitung und willkürliche Funktion in wenigen Tagen wieder ein. 2) Dieses frühzeitige Wiedereinfinden der Leitung braucht nicht durch eine Vereinigung der alten Nervenfasern, d. h. Vereinigung durch sog. prima intentio oder ohne die Waller'sche Degeneration, bedingt zu sein, sondern ist vielleicht eher das Resultat einer Regeneration junger Nervenfasern des peripheren Endes. 3) Willkürliche koordinirte Bewegungen werden gleich bald wieder erlangt, gleichgültig, ob die Enden des durchschnittenen Nerven exakt vereinigt werden, so dass nach Möglichkeit korrespondirende Nervenfaserenden mit einander in Berührung gebracht werden, oder aber, ob vor der Naht das periphere Ende so gedreht wird, dass möglichst nichtkorrespondirende Nervenfasern einander genähert werden. 4) Im letzteren Falle lässt es das mikroskopische Bild zweifelhaft, ob die Wiedererlangung der Funktion durch Herstellung der alten Dinge (durch Decussatio in der Nervennarbe) zu Stande kommt, oder ob sie durch die Vereinigung von Nervenfasern stattfindet, die zwar nicht korrespondiren, aber zufälligerweise an einander passen. 5) Bei der Nervennaht ist ein exaktes Aneinanderpassen der Nervenenden nicht nöthig; das einfache Aneinanderbringen der beiden Enden, gleichgültig in welcher Weise, genügt vollständig.

Der Arbeit sind 4 Mikrophotogramme über den Befund der Nervennarbe des ersten Hundes beigefügt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

2) **C. Brunner.** Zur Wunddrainage. Bemerkung zu dem Aufsatze von Anschütz: »Über den primären Wundverschluss ohne Drainage und die Ansammlung von Wundsekret in aseptischen Wunden«.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Verf. hält gegenüber dem von Anschütz ausgesprochenen Zweifel den bereits an anderem Orte von ihm aufgestellten Satz, dass durch Drainage ein Luftzutritt in genähten Operationswunden und damit eine Einwirkung des Sauerstoffes auf Wundbakterien erfolgen kann, unter Hinweis auf die physikalischen Gesetze aufrecht, wiederholt aber zugleich, dass er ein großes Gewicht auf die Sauerstoffwirkung bei der Wundinfektion nicht lege. Für ein Drainiren der Operationswunden sprechen außerdem die klinischen Erfahrungen, insbesondere bei Strumektomien, und ferner der Umstand, dass eine Disposition postoperativer Hämatome für Infektion nach den experimentellen Untersuchungen Tavel's doch entschieden vorhanden sei.

Honsell (Tübingen).



3) **Hanel.** Über die Wirkung des Spiritus saponatus officinalis auf Mikroorganismen und seine Verwendbarkeit zur Desinfektion der Hände und Haut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

H. berichtet über theoretische und praktische Desinfektionsversuche mit dem Spiritus sapon. officin. so wie über die Operationsergebnisse bei Verwendung desselben. Die theoretischen Versuche wurden zunächst nach der Paul Krönig'schen Methode angestellt und ergaben, dass Staphylococcus pyogenes aureus bereits nach $^1/_2$ Minute abgetödtet wurde; längere Zeit dauerte es bei Verwendung des Staphylococcus albus, so wie insbesondere nach vorheriger Wassereinwirkung. Versuche mit der Emulsionsmethode fielen in gleichem Sinne aus. Des weiteren konnte experimentell (an der Milz inficirter Mäuse) eine starke Tiefenwirkung auf thierisches Gewebe festgestellt werden. Bei den Händedesinfektionsversuchen wurde in 70,2% Sterilität erzielt, und zwar hielt diese Sterilität offenbar Dank der Tiefenwirkung relativ lange Zeit an. Verf. schließt hieraus, dass Spiritus sapon. officin. Operationsfeld und Hände so weit keimarm zu machen vermag, als es irgend erreichbar ist, und jedenfalls bis zu dem Grade, dass Haut und Hände für die Operationswunden keine Gefahr mehr besitzen. Eine Bestätigung dieses günstigen Urtheils geben schließlich auch die Resultate der Wundheilung, wie sie bei ausschließlicher 5 Minuten langer Desinfektion mit Spiritus sapon. bei einem großen kasuistischen Materiale aus der v. Mikulicz'schen Klinik gewonnen wurden.

Honsell (Tübingen).

---

4) **Thiriar.** De l'emploi de l'oxygène en chirurgie (eau oxygénée et gaz oxygéné).

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1899. No. 10.)

Wasserstoffhyperoxyd ist schon vor 20 Jahren von Péan als Antisepticum angewendet. 1882 empfiehlt Sinéty es gegen Blennorrhagien der Scheide, 1883 wird es von Baldy und Larriné als Heilmittel beschrieben, 1898 von Lucas-Championnière, 1899 von Dezanneau und Brocis Nenoff. In der Zahnheilkunde und in der Oto-Rhinologie ist es sehr beliebt. Lebesgue, Assistent von T., hat einen Fall von Septhämie mit Gasentwicklung in der »Clinique« beschrieben, welcher unter Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds heilte. T. hat nun sowohl das Eau oxygénée als das Gaz oxygéné in einer großen Reihe von chirurgisch-bakteritischen Krankheiten, so bei der Septhämie mit Gaszersetzung, beim chirurgischen Tetanus, Pustula maligna, Erysipelen schwerster Art, Tuberkulose, besonders der tuberkulösen Peritonitis mit Laparotomie, Aktinomykosis, Eiterungen aller Art, Panaritien, Phlegmonen, Empyem, Anthrax, komplicirten Frakturen, dann bei Puerperalfieber etc. erprobt und bewährt gefunden. 2 Fälle von Septhämie mit Gaszersetzung heilten dadurch, dass Verf. das Gaz oxygéné in großen Mengen unter die Haut

brachte, ein förmliches Emphysem an und um den kranken Herd herum erzeugte, worauf der Process sich langsam zurückbildete. T. hat das Gaz oxygéné in Ballons, welche 850 Liter Gas unter 120 Atmosphären Druck zusammengepresst enthalten. Man kann an sie Gummischlauch und feine Kanülen ansetzen und das Gas überall subkutan injiciren, Körperhöhlen damit anfüllen etc. Das Eau oxygéné enthält etwa das 12fache seines Volumens Sauerstoffgas. Es wird zu Waschungen, Irrigationen, Umschlägen etc. gebraucht. Das Mittel ist ein hervorragendes Antisepticum und Desinficiens, es wirkt besonders energisch gegen alle anaëroben Bakterien; gegen Septhämie mit Gaszersetzung ist es das einzige bis jetzt bekannte Heilmittel. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

5) **Kayser.** Experimentelle Studien über Schussinfektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

K. hat eine Reihe von Versuchen über die Infektiosität von Schussverletzungen angestellt, indem er auf sterilisirte Blechbüchsen mit einer Bodenschicht von Gelatine Schüsse abgab und theils die Geschosse selbst (an Spitze oder Mantel), theils den Gewehrlauf, theils endlich Gegenstände, welche in die Flugbahn eingebracht waren, inficirte. Hierbei ergab sich, dass eine Abtödtung der dem Geschosse anhaftenden Keime durch den Schuss, wenn nicht sehr starke Widerstände eingeschaltet werden, nicht statt hat; beim Durchschlagen inficirter Kleiderstoffe tritt stets, selbst wenn vorher noch große Widerstände von dem Geschosse überwunden werden müssen, eine Übertragung lebender Keime statt. Beim Beschießen mit nichtinficirten Geschossen entwickeln sich auf den Platten fast nur die in der Luft befindlichen Keime.

Eine epikritische Betrachtung der eigenen wie früherer Schießversuche im Vergleiche mit den klinischen Erfahrungen führen Verf. zu folgendem Schlussergebnisse:

»Wir müssen theoretisch die Schusswunden als inficirte Wunden ansehen. In praxi ist die Gefahr einer Infektion nicht groß, zumal der Organismus befähigt ist, sich einer gewissen Anzahl infektiöser Keime zu erwehren. Wir müssen trotzdem die »offene« Wundbehandlung wählen, da sie nicht nur praktisch gute Resultat giebt, sondern auch theoretischen Vorstellungen entsprechend die ideale Behandlungsmethode darstellt.« **Honsell** (Tübingen).

---

6) **Quenu** et **Schwartz** (Paris). Du traitement des plaies contuses des grandes articulations.

(Progrès méd. 1900. Januar 13.)

Verff. wenden sich entschieden gegen die von der Poncet'schen Schule neuerdings ausschließlich geübte und empfohlene frühzeitige Resektion der durch penetrirende Wunden inficirten Gelenke. In den meisten Fällen wird die einfache Arthrotomie, die allerdings

möglichst frühzeitig und ausgedehnt vorgenommen werden soll, zum Ziele führen, die den Vortheil hat, dass sie weniger eingreifend ist, weniger Gefahren für eine Allgemeinsepsis mit sich bringt, die Knochen unverletzt lässt und event. eine wenn auch geringe Beweglichkeit des Gelenkes ermöglicht. Auch die von Albertin angewandte Synovektomie und Arthrektomie kommen erst in zweiter Linie in Frage.

Buchbinder (Leipzig).

---

7) **S. Rolando.** Über die Nachbehandlung nach Reduktion der traumatischen Verrenkungen.

(Sonder-Abdruck aus der Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 1.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Principien über die Nachbehandlung der reponirten Verrenkungen keineswegs überall die gleichen sind, insbesondere was die Dauer der Immobilisirung und den Zeitpunkt der Wiederaufnahme von Bewegungen betrifft. Er selbst hatte Gelegenheit, kurz nach einander 3 typische Verrenkungen zu behandeln (L. humeri subcoracoidea, iliaca posterior und Verrenkung des Ellbogens nach hinten). In allen 3 Fällen gelang die Reduktion leicht, der Verband blieb durchschnittlich 5 Tage liegen, und am 8. Tage war in allen 3 Fällen völlige Heilung, d. h. auch völlige Wiederherstellung der Funktion eingetreten. Im Hinblick auf dieses günstige Resultat räth Verf., die Dauer der Immobilisirung des Gelenkes möglichst abzukürzen. Im Allgemeinen sollen 7—8 Tage bei allen einfachen Luxationen genügen, da wir allen Grund haben zur Annahme, dass der Kapselriss in dieser Zeit geheilt ist. Eine längere Fixirung des Gelenkes begünstigt nur das Auftreten von Ankylose und Atrophie. Die passiven Bewegungen sind womöglich schon vom 5. Tage an vorzunehmen.

H. Bartsch (Heidelberg).

---

8) **S. Salinari.** Le lesioni traumatiche dei centri nervosi.

Roma, presso il Giornale medico del regio esercito, 1900. 320 S.

Das mit einem Preise ausgezeichnete Buch ist eine rein kompilatorische Arbeit, die in klarer Sprache eine ziemlich vollständige Darstellung der gegenwärtigen Anschauungen über die Verletzungen der nervösen Centralorgane bringt. Sie ist im Jahre 1898 abgeschlossen worden, berücksichtigt desshalb einige andere Arbeiten nicht, während im Übrigen die internationale Litteratur reichlich verwerthet ist. Ein Hauptnachdruck wird stets auf das operative Vorgehen gelegt, und es werden dessen Indikationen und Kontraindikationen ausführlich erörtert. Da Verf. über eigene Erfahrungen offenbar nicht verfügt, so werden zur Erläuterung zahlreiche Beispiele aus der Litteratur kurz angeführt. Neue Gesichtspunkte finden sich in dem Buche nicht.

Der erste Theil behandelt die Verletzungen des Gehirns. In Kapitel I die einfachen Läsionen desselben (Kommotion, Kontusion), in Kapitel II die Komplikationen (Fremdkörper, intrakranielle Hämorrhagien, Hernien, Meningitis, Hirnabscess), Kapitel III behandelt aus-

führlich die Späterkrankungen. Bei Geisteskrankheiten, die sonst keine Besserung erwarten lassen, räth Verf. zu trepaniren und die Operationsstelle zu bestimmen nach fühlbaren Spuren der Verletzung, nach schmerzhaften Punkten oder auch nur nach anamnestischen Angaben. Eben so befürwortet er die Trepanation bei Jackson'scher Epilepsie, bei nach Traumen zurückgebliebenen Paralysen corticalen Ursprungs; auch bei heftigem, auf keine andere Weise zu beseitigendem, nach einer Verletzung entstandenem Kopfschmerze ist eine Operation (Excision der Narbe, Trepanation) indicirt. Im IV. Kapitel bespricht Verf. die Hirntopographie und die Methoden, auf dem Schädel die Lage der wichtigsten Hirnwindungen zu projiciren. Er führt die Methoden von d'Antona, Masse und Woolaughan, Lannelongue und Mauclaire und von Chipault an, verwirft sie aber alle als zu komplicirt und unexakt. Die Methode von Krönlein konnte er noch nicht kennen.

Der zweite Theil behandelt die Läsionen des Rückenmarkes, wobei Vieles direkt den Arbeiten von Chipault (Etudes de chirurgie médullaire 1894 und Maladies du rachis et de la moëlle in Traité de chirurgie von Le Dentu und Delbet 1897) entnommen ist. Im 1. Kapitel wird die Diagnose des Sitzes und der Art der Rückenmarksverletzung aus den Funktionsstörungen besprochen und hierbei die Wichtigkeit des Fehlens der Sehnenreflexe bei totalen Querschnittsläsionen betont. In Kapitel 2, das von der Kontusion des Markes handelt, wird die Laminektomie nicht nur bei Frakturen der Wirbelbogen und bei Frakturen in der Lumbosacralgegend, sondern auch bei den höher oben gelegenen Körperfrakturen und Luxationsfrakturen empfohlen, wenn die Verletzung nicht zu hoch oben sitzt, und die Erscheinungen nicht von vorn herein zu schwere sind. Dabei thue man allerdings gut, dem Pat. und seiner Familie nichts zu garantiren.

Kapitel 3 behandelt die offenen Verletzungen des Markes,

Kapitel 4 die Späterkrankungen (Diabetes, Tabes, multiple Sklerose, traumatische Neurose u. dgl). Das 5. Kapitel über Topographie des Rückenmarkes ist ganz Chipault entlehnt (die Arbeit von Kocher ist Verf. unbekannt); den Schluss bildet ein Kapitel über Operationen an Wirbelsäule und Rückenmark.

Brunner (Zürich).

---

9) **S. Löwenstein.** Über die mikrocephalische Idiotie und ihre chirurgische Behandlung nach Lannelongue.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

L. berichtet zunächst über einen Fall von Mikrocephalie und Idiotie kombinirt mit spastischer Cerebralparalyse, in welchem von Czerny die Lannelongue'sche Kraniektomie (es wurde auf beiden Seiten ein 15 cm langer, bis 1$^1/_2$ cm breiter Knochenstreifen aus dem Schädeldache entfernt) versuchweise vorgenommen worden war. Ein Erfolg wurde nicht erzielt, kein einziges der vorher vorhandenen Symptome war gebessert oder gar geschwunden. Anschließend wird

die bisherige einschlägige Kasuistik zusammengestellt, welche Verf. in dankenswerther Weise durch Erkundigungen bei den betr. Autoren über die weiteren Schicksale ihrer Pat. vervollständigt hat. Hierbei ergab sich, dass fast allgemein nur höchst zweifelhafte oder gar keine Erfolge eingetreten waren, und in den wenigen Fällen, in denen wirklich ein günstiges Resultat ernsterer und einer unparteiischen Kritik standhaltender Art erzielt wurde, sich immer auch durch die Operation zu entfernende Ursachen, als komprimirende Exostosen oder Hyperostosen auffinden ließen; also Momente, die mit der Mikrocephalie und Idiotie nichts zu thun haben. In Übereinstimmung mit der überwiegenden Mehrzahl der Autoren kommt Verf. daher zu dem Schlusse, dass die Kraniektomie aus derartiger Indikation keinen Zweck habe. **Honsell** (Tübingen).

---

10) **A. Hoffa.** Die moderne Behandlung der Spondylitis.

München, **Seitz & Schauer,** 1900. 28 S. 10 Abbildungen.

Nachdem Verf. das Zustandekommen des Hauptsymptoms der Spondylitis, des Buckels, erläutert, entwirft er in wenigen kräftigen Strichen ein Bild der modernen Spondylitisbehandlung, die er selbst folgendermaßen rekapitulirt: »wir rathen bei allen floriden Spondylitiden der unteren zwei Drittel der Wirbelsäule eine fixirte Horizontallage an, am besten im Calot'schen Verbande oder im Lorenz-schen Reklinationsbette, bei Spondylitis cervicalis und dorsalis superior auch wohl im Phelps'schen Stehbett oder im Lorenz'schen Extensionsbett mit Jurymastvorrichtung. Sobald die deutlichen Anzeichen vorhanden sind, dass die Konsolidirung der Wirbelsäule beginnt, wird die Horizontallage mit der aufrechten Lage vertauscht und diese durch ein abnehmbar gemachtes Sayre'sches Gipskorsett oder Korsett aus Cellulose, Celluloid, Mull oder Holz oder, wo es angeht, ein Hessing'sches Stoffkorsett event. mit Zuhilfenahme seiner Kopfstützvorrichtung, fixirt. Diese Korsette müssen die Pat. noch Jahre lang tragen...«

Verf. betont dann die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose der Spondylitis, wobei er die bekannten Symptome einzeln bespricht. Den faradischen Strom, der an den kranken Stellen schmerzhaft empfunden wird, kann man zur Frühdiagnose verwerthen, differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Schmerzen bei Skoliose, rheumatische Arthritis der Halswirbelgelenke, rachitische Xyphose.

Abscesse werden durch Punktion und Jodoforminjektion behandelt, eröffnet werden sie nur, wenn sie lange nach Ausheilung des lokalen Wirbelleidens fortbestehen, wenn sie am Durchbrechen sind, wenn sie das Leben direkt bedrohen (Retropharyngealabscesse) oder wenn sie hohes Fieber verursachen.

Lähmungen werden durch Extension oder Reklination behandelt; reichen diese nicht aus, so kann Calot's brüskes Redressement in Betracht kommen. Es ist dies die einzige Indikation für dieses Verfahren. Operative Behandlung der Wirbeltuberkulose kommt am

ehesten in Frage bei Erkrankung des Wirbelbogens, bei der gewöhnlichen Tuberkulose des Körpers nur bei lang andauernden Lähmungen nach Rückgang der floriden Erscheinungen. Es sind von verschiedenen Chirurgen etwa 70 solcher Operationen mit mehr als 50% Sterblichkeit ausgeführt worden.

F. Brunner (Zürich).

11) **C. Hübscher.** Über den Cubitus valgus femininus.

Habilitationsschrift. Leipzig, **J. B. Hirschfeld,** 1899. 32 S. 17 Fig.

Verf. hat an 125 Individuen 225 Messungen ausgeführt, um den mittleren Winkel der seitlichen Ablenkung am Ellbogengelenk und seine Beeinflussung durch Alter und Geschlecht zu bestimmen. Die Winkelbestimmung wurde nicht nach den Skelett-Theilen, sondern mehr nach der äußeren Form ausgeführt (plastisch-anatomischer Winkel nach H.). Sein Scheitel fällt etwas nach außen von dem durch die Anatomen benutzten Schnittpunkte der Skelettachsen, so dass der äußere Winkel etwas größer (stumpfer) ausfällt als der von den Anatomen gefundene. Die Anhaltspunkte sind gebildet durch die Mitte des Schulter-, Ellbogen- und Handgelenkes. Zur Bestimmung des Winkels wird das vom Verf. schon früher beschriebene Winkelmaß benutzt.

Von den Resultaten sei hauptsächlich das hervorgehoben, dass bei Mädchen von 13 Jahren an der Winkel in der Mehrzahl der Fälle 10 überschreitet während er beim männlichen Geschlechte nie über diesen Werth hinausgeht. Bei weiblichen Individuen von mehr als 18 Jahren beträgt die Ablenkung von der geraden nur selten weniger als 15, steigt im Gegentheile meist bis auf 25 oder sogar 30 an, in Übereinstimmung mit den Angaben von Potter.

Weitere anatomische Untersuchungen führten den Verf. zur Annahme, dass die Ursache dieses Cubitus valgus femininus nicht im Ellbogengelenke selbst, sondern in einer Abknickung des untersten Theiles der Humerusdiaphyse nach außen zu suchen sei. Dass es sich nicht einfach um Rachitis handelt, ergiebt sich schon daraus, dass die rachitischen Verbiegungen des Oberarmes in der Regel nicht Valgus- sondern Varusstellung bedingen. Verf. kommt vielmehr zu der Ansicht, dass die Valgusform des Armes durch die vom Pubertätsalter an in die Breite wachsenden Hüften bedingt ist, welche den Vorderarm und die Ellbogengegend so zu sagen nach außen drängen. Dafür spricht der Umstand, dass bei kleinen, breit gebauten Damen der größte, bei hochgewachsenen, einen männlichen Habitus zeigenden weiblichen Individuen dagegen ein mehr gestreckter Arm gefunden wird.

Neben dieser Ursache würde nach Verf. als zweites ätiologisches Moment die verschiedenartige Einwirkung der Muskelkräfte bei den Beschäftigungen des männlichen und weiblichen Geschlechtes in Betracht kommen. Die Einwirkung des Muskelzuges wird durch 2 Fälle von Kinderlähmung der oberen Extremität illustrirt, welche beide auf der gelähmten Seite einen Winkel von 35—39° aufweisen.

Zum Schlusse bespricht Verf. die durch Frakturen bedingten Stellungsanomalien des Vorderarmes und betont die Nothwendigkeit, dem Arme diejenige Valgusstellung zu geben, die sich auf der gesunden Seite findet. Er empfiehlt dazu für Frakturen des unteren Humerusendes die primäre Fixation in Streckstellung mit Einhaltung der richtigen Valgusstellung durch eine nach dem gesunden Arme zugeschnittene Karton- oder Zinkblechschiene.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

12) **R. Kennedy** (Glasgow). On the treatment of cicatricial contraction of the fingers by transplantation of completely separated skin flaps.

(Reprinted from Glasgow hospital reports 1899.)

K. empfiehlt zur Beseitigung narbiger Beugekontrakturen der Finger die Krause'sche Lappenbildung, da er bei allen gehandhabten Methoden, insbesondere auch bei Transplantation nach Thiersch, Wiederkehr der Kontraktur sah. Die Krause'schen Vorschriften zur Lappenbildung erleiden nur darin eine kleine Änderung, dass Verf. die Entfernung des Unterhautfettgewebes nicht für nöthig hält. Durch ein paar Nähte wird der Lappen befestigt, als Verbandmaterial ist Protektiv-Silk gewählt.

Der erste Fall — $1\frac{1}{2}$jähriges Kind, das eine narbige Kontraktur des kleinen Fingers hatte — ging verloren, da die Mutter nach dem ersten Verbandwechsel, der den Lappen lebensfähig zeigte, zu Hause den Verband und damit auch den Lappen aus Neugier herunterriss.

Im zweiten Falle wurden bei einem 2jährigen Jungen nach Excision der Narben die Defekte des Zeige- und Ringfingers nach Krause, der des Mittelfingers aber nach Thiersch gedeckt, eben so entsprechende in die Kontraktur mit einbezogene Theile der Hohlhand. Nach 8 Monaten zeigte der Zeigefinger normale Beweglichkeit, der Ringfinger aber nur halbe Exkursionsfähigkeit, bedingt durch eine völlige Kontraktur des nach Thiersch behandelten Mittelfingers. Indem nun auch hier die Thiersch'schen Transplantationsresultate durch Krause'sche Lappen ersetzt wurden, zeigt die Hand nach einer fast 2jährigen Beobachtungsdauer normale Funktionsfähigkeit.

Eben so wurden im dritten Falle die gesetzten Defekte des kleinen und Ringfingers, nachdem wegen der seit 11 Jahren bestehenden Kontraktur erst eine Verlängerung der Sehnen vorgenommen war, durch die erwähnte Lappenbildung gedeckt. 13 Monate nach der Operation ist die Beweglichkeit des Ringfingers eine normale, während der kleine Finger eine, wenn auch nur ganz geringe, Neigung zur Kontraktur zeigt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

13) **Schwarze.** Über physiologische und traumatische Geräusche am Becken und über traumatische einfache und tuberkulöse Entzündungen der Ileosacralgelenke.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 2.)

Verf. hat in einer Reihe von Fällen am Becken Geräusche feststellen können, über deren Vorkommen und Entstehung er in der bisherigen Litteratur Aufzeichnungen nicht gefunden hat. Diese Geräusche zeigten sich immer an typischen Stellen: 1) vorn etwa in

der Mitte der Leistenfurche und 2) hinten am Hüftkamme in der Gegend des Ileosacralgelenkes.

Für das Zustandekommen des ersteren Geräusches glaubt Verf. traumatische Ursachen, insonderheit Beckenbrüche ausschließen zu können. Da er dasselbe an einer Reihe von gesunden Männern und auch an sich selbst bei Ausführung bestimmter Beinbewegungen hat nachweisen können, hält er dasselbe für physiologisch vorkommend und durch den zwischen M. ileopsoas und dem horizontalen Schambeinaste liegenden Schleimbeutel verursacht.

Die Entstehung der hinteren Geräusche führt Verf. theils auf eine physiologische Lockerung des an sich sehr schwachen Bandapparates an der Vorderseite der Ileosacralgelenke, theils auf eine Lockerung resp. Zerreißung in Folge traumatischer Einflüsse, theils auf eine primäre isolirte tuberkulöse Entzündung des Ileosacralgelenkes zurück, wie eine solche von Bardenheuer und Schede in 46 Fällen beobachtet und auf der Münchener Naturforscherversammlung mitgetheilt worden sind und nach diesen Autoren fast ausnahmslos bei Arbeitern im 3. Decennium durch häufig wiederkehrende Erschütterungen des Rumpfes (häufiges Heben schwerer Lasten) entstehen soll.

Die zweite Möglichkeit der Entstehung der hinteren Geräusche, d. h. das Vorkommen derselben bei einer einfachen isolirten traumatischen Entzündung eines Ileosacralgelenkes, sucht Verf. durch Anführung zweier Fälle aus seiner geburtshilflichen Thätigkeit und zweier Fälle aus seiner Unfallpraxis klar zu legen.

Verf. äußert zum Schlusse die Ansicht, dass das Vorkommen der hinteren Geräusche selbst bei Unfallverletzten an sich noch nicht zum Schlusse auf eine Entzündung der Ileosacralgelenke berechtige, falls nicht noch andere Symptome die Annahme einer solchen rechtfertigten.

Motz (Hannover).

---

14) **Ducroquet.** Quelques remarques sur mon procédé de traitement de la luxation congénitale (méthode de Lorenz modifiée).

(Progrès med. 1900. Januar 20.)

Bei der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung nach Lorenz beobachtete D. oft nur eine Transposition, aber keine vollkommene Reposition des Schenkelkopfes und empfiehlt desswegen dringend, den Stand des Kopfes nach der Reduktion mittels Durchleuchtung zu kontrolliren. Den Gipsverband legt D. so an, dass er bei rechtwinklig gebeugtem Unterschenkel bis zur Wade herabreicht, bei gestrecktem Unterschenkel den Fuß in sich schließt, um so jede Rotation zu verhindern. Die nach der Fixirung des Kopfes in der Folgezeit nothwendige Innenrotation des Oberschenkels hält D. durch Celluloidhülsen fest, welche Unterschenkel und Fuß in sich fassen und mit dem bis zum Knie reichenden Gipsverband verbunden sind,

und zwar so, dass die Gelenke beweglich sind, und das Gehen ermöglicht wird. **Buchbinder** (Leipzig).

15) **N. P. Trinkler.** Zur Chirurgie der queren Kniescheibenbrüche.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 6.)

Die 65 Seiten fassende und mit 3 Tafeln versehene äußerst fleißige Arbeit des Verf. fußt auf 216 Fällen (davon 3 von ihm selbst mit vollem Erfolge operirt). Die Resultate sind in folgender Tabelle zusammengestellt.

		Im Ganzen Fälle	Gute Resultate	Knöcherne Verwachsung	Fibröse Verwachsung	Begrenzte Beweglichkeit	Volle Ankylose	Eiterung	Tod
Antiseptische Periode 1883—1890	Frische Fälle	96	67 (69,6%)	72 (79,1%)	5	6	2	4	2
	Veraltete Fälle	11	8 (72,7%)	8 (72,7%)	3	2	—	—	2
Aseptische Periode 1890—1898	Frische Fälle	88	76 (88%)	80 (90,9%)	3	2	—	1	—
	Veraltete Fälle	21	18 (87,1%)	17 (85,7%)	1	—	1	1	—

Es müssen also fast ausnahmslos alle Fälle, frische wie veraltete, mittels Anlegung der Knochennaht behandelt werden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

16) **H. Baaz** (Graz). Die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 267. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

Der Vortrag bezweckt, den Unna'schen Zinkleimverband als ein vorzügliches Mittel gegen alle durch Varikositäten und deren Folgezustände hervorgerufenen Erkrankungen der Unterschenkel zu empfehlen. Mit dem in seiner Technik genau beschriebenen Verbande war B. im Stande, auch sehr veraltete und ausgedehnte Unterschenkelgeschwüre in einer für die Kranken eben so schonenden wie angenehmen Weise, ohne dass sie zur Bettruhe genöthigt waren, zur Heilung zu bringen. **Kramer** (Glogau).

17) **O. Hahn.** Über die Tuberkulose der Knochen und Gelenke des Fußes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

H.'s Untersuchungen umfassen 704 Fälle von Tuberkulose der Knochen und Gelenke des Fußes und beziehen sich auf das Vorkommen der Krankheit rücksichtlich Alters und Geschlechtes, auf die Bedeutung der Heredität, des Berufes und insbesondere des Traumas auf ihre Entstehung, endlich auf Sitz und Ausgangspunkt derselben. Seine Ergebnisse fasst H. in folgende Schlusssätze zusammen:

1) Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke des Fußes verhält sich hinsichtlich der Vertheilung auf Alter und Geschlecht, des Einflusses der Heredität und der äußeren Lebensverhältnisse wie die Tuberkulose anderer Knochen und Gelenke.

2) Die Entstehung des Leidens ist in 13% der Fälle auf ein vorausgegangenes Trauma als Gelegenheitsursache zurückzuführen.

3) Das Auftreten der Tuberkulose im Anschlusse an ein Trauma betrifft theils vorher bereits anderweitig tuberkulöse Personen, theils vorher anscheinend Gesunde.

4) Die Zeit zwischen Trauma und erstem Auftreten der Tuberkulose wechselt zwischen einer Woche und Monaten.

5) Eine wesentliche Zunahme der auf einen Unfall zurückgeführten Erkrankungen seit Einführung des Unfallversicherungsgesetzes war nicht zu entnehmen.

6) Die Häufigkeit der Erkrankung bei den einzelnen Knochen und Gelenken nimmt ab, je weiter distalwärts vom Fußgelenke dieselben gelegen sind; die Frequenz nimmt ab — im Gegensatze zur Belastungstheorie — mit der Menge der Spongiosa.

7) Von den einzelnen Knochen ist am häufigsten der Calcaneus erkrankt, nächst ihm Talus, Cuboides, dann die übrigen Knochen.

8) Von den größeren Gelenken ist das Fußgelenk am häufigsten erkrankt, ihm folgen das Chopart'sche und Lisfranc'sche Gelenk.

9) In 31% der Fußgelenkstuberkulosen handelte es sich um primären Synovialfungus.

Honsell (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

Unguis incarnatus.

Von

Alex. Kudriaschoff,
Privatdocent der militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg.

Als Heilmittel gegen die eingewachsenen Nägel wurden blutige und blutlose Verfahren gepriesen. Das bekannteste und meist geübte ist das von Dupuytren vorgeschlagene, welches in der Längsspaltung des Nagels und der Entfernung der hineingewachsenen Hälfte durch die Kornzange beruht.

Wir haben versucht, diese höchst schmerzhafte Operation, die von Vielen nothgedrungen unter Narkose ausgeübt wird, mit Hilfe eines von uns erfundenen In-



strumentes zu vereinfachen. Dasselbe wird vom Instrumentenmacher Schaplygin in St. Petersburg gefertigt.

Das unter den Nagel gebrachte Instrument spaltet und extrahirt zugleich den operirten Theil. Die untere Wange, die unter den Nagel gezwängt wird, ist die dünnere, die obere, dickere, besitzt an der Seite ein Messer, das beim Zusammendrücken des Instrumentengriffes genau auf den entsprechenden Rand der unteren Wange passt. Die einander gegenüberliegenden Flächen der Wangen des Instrumentes tragen schräge Zähne, deren Schärfe zum Schlosse des Instrumentes hin

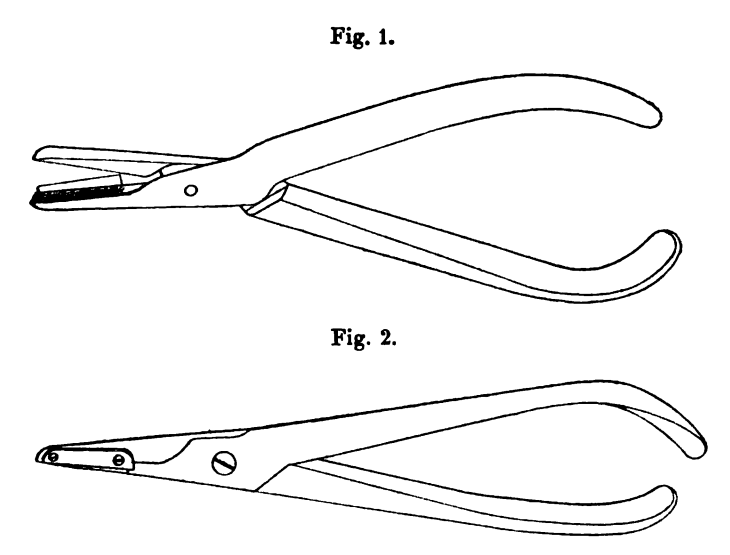


Fig. 1.

Fig. 2.

gerichtet ist. Für die rechte und linke Hälfte des Nagels sind 2 Instrumente mit verschiedener Messerstellung erforderlich.

Meine Fachkollegen im Maximilian-Krankenhause hierselbst loben die zweckmäßigen und praktischen Vorzüge des Instrumentes. Wir selbst benutzen es seit mehr denn einem Jahre mit großem Erfolge.

Zur Erläuterung dienen seine Abbildungen in halber Größe.

---

18) **Chavigny.** Une forme nouvelle de gangrène gazeuse subaigue.
(Presse méd. 1898. No. 59.)

Mittheilung eines Falles von Diminutivfraktur des Oberschenkels, bei der nach Verlauf von 12 Tagen Gangrän eintrat mit Gasbildung. Trotz Exartikulation im Knie ging der Kranke bei langsamem Fortschreiten der Gangrän und unter allgemeinen septischen Erscheinungen 37 Tage nach dem Unfalle zu Grunde. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab das Vorhandensein eines dem Bacterium coli ähnlichen Bacillus, der aber in Bouillon- und Gelatine-Stichkulturen Gasblasen bildete. Bei einem Hunde gelang es durch Impfung ebenfalls eine gasförmige Phlegmone zu erzeugen. Verf. führt die Entstehung der Gangrän auf Autoinfektion zurück; er will diese langsam fortschreitende Form von der gewöhnlichen gasförmigen Phlegmone Maisonneuve's getrennt und den von ihm festgestellten Bacillus für einen besonderen oder dem Bacterium coli verwandten angesehen wissen.

Therapeutisch tritt er für eine frühzeitige chirurgische Behandlung der lokalen Erkrankung und für Entleerung und interne Desinfektion des Darmes ein.

Tschmarke (Magdeburg).

19) v. Barącz. Über einen Fall von chronischem Rotz (Wurm) beim Menschen.

(Virchow's Archiv Bd. CLIX. p. 491.)

Ein 57 Jahre (1892) alter Mann erkrankte im Jahre 1878 im Anschlusse an eine Zahnextraktion an starker Gesichtsschwellung, eitrigem Ausflusse aus Ohr und Nase und hohem Fieber. Diese Erscheinungen schwanden auf medikamentöse Behandlung. Von da ab sollen jedes Frühjahr und jeden Herbst anfänglich harte, schmerzlose, erbsengroße, dann langsam bis Walnussgröße wachsende, endlich aufbrechende und sehr langsam heilende Geschwüre hinterlassende Knoten an Gesicht, Kinn und Hals aufgetreten sein. Auch entstanden Pusteln an der Nase und Geschwüre an der Nasenscheidewand. Dieses hielt bis zum Jahre 1887 an. Von da ab war Pat. bis 1892 gesund. In diesem Jahre traten dann wieder Wucherungen mit Verstopfung beider Nasenlöcher auf, so wie Abscesse am Unterkiefer, derentwegen incidirt und ausgelöffelt wurde. Beides wiederholte sich im nächsten Monate nochmals. Später kamen dann noch Abscese am Halse und Brustbein zum Vorschein. Der Verdacht auf chronischen Rotz wurde durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt. 15 Jahre nach Beginn der Erkrankung, im Jahre 1893, ging Pat. kachektisch zu Grunde, nachdem sich noch an verschiedenen Stellen des Körpers Abscesse gebildet hatten. Die Sektion wurde nicht gestattet. Besonders merkwürdig ist der äußerst chronische Verlauf der Erkrankung.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

20) Askanazy. Zur Entstehung der multiplen Lipome.

(Virchow's Archiv Bd. CLVIII. p. 407.)

Bei einer 33 Jahre alten, an einem metastasirenden Schilddrüsensarkom gestorbenen Pat. fanden sich multiple Lipome, die ihren Sitz theils subkutan, theils in den tiefen Schichten des Halses, den Fossae supraclaviculares, namentlich aber subserös unter dem Bauchfelle hatten. In einem neben der rechten Arteria subclavia gelegenen Lipom konnte anthrakolisches, zweifellos den Lungen entstammendes Pigment makro- und mikroskopisch nachgewiesen werden. Sprach schon dieses für die Entstehung aus einer Lymphdrüse, so wurde diese Entstehungsart durch den Nachweis von Lymphdrüsenresten in der Randschicht des Lipoms sicher gestellt. Letzteres konnte auch an 9, dem Mesenterium entstammenden Lipomen konstatirt werden. Bei der Entstehung der multiplen Lipome scheinen demnach die Lymphdrüsen eine sehr wesentliche Rolle zu spielen.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

21) Tuffier. Analgésie chirurgicale par l'injection de cocaïne sous l'arachnoide lombaire.

(Presse méd. 1899. No. 91.)

T. ist dem Vorgehen Bier's (Über Cocainisirung des Rückenmarkes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899 p. 361) gefolgt und hat bei 5 Kranken eine vollkommene Analgesie erzielt. Er theilt seinen Lesern zunächst die 4 Fälle von Bier, sodann 4 Fälle von Seldowitsch (Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 41 kurz mit. Seinen eigenen 1. Versuch machte er an einem 24jährigen Manne mit inoperablem Beckensarkom wegen andauernder, durch nichts zu bekämpfender Schmerzen. Er spritzte 2 ccm einer 1%igen Cocainlösung ein und erreichte für 4 Stunden Analgesie. Nach 2 Tagen wiederholte er die Injektion, ohne Schaden für den Kranken, abgesehen von leichten, bald vorübergehenden Kopfschmerzen. Der 2. Fall betraf eine Frau mit recidivirendem Sarkom des rechten Oberschenkels; nach 6 Minuten vollkommene Analgesie bis zur Brust hinauf, welche die ausgedehnte Operation gestattete und nur Übelkeit, Durstgefühl und nach einigen Stunden Erbrechen hervorrief; keine Kopfschmerzen.

Es folgen sodann 2 Fälle mit Knochenoperationen am Unterschenkel und Kniegelenk (Resektion). Jedes Mal vollständige Analgesie; keine üblen Folgen.

— Im 5. Falle endlich handelte es sich um eine vaginale Hysterektomie mit Morcellement des Uterus. 2 Versuche, auch bei Laparotomie auf diese Weise Schmerzlosigkeit zu erzielen, fielen negativ aus.

T. kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen, wie die beiden anderen Autoren: dass für die unteren Extremitäten durch die subarachnoidale lumbale Cocaininjektion vollkommene Analgesie sicher hervorgerufen werden kann, deren Dauer und Intensität alle chirurgischen Eingriffe an diesen Gliedern möglich macht. »Die mit Vorsicht ausgeführte Injektion erscheint nach den bisherigen Erfahrungen ungefährlich und wird ihre Indikation in allen den Fällen finden, wo eine allgemeine Narkose nicht angebracht ist.« Immerhin sind die Ergebnisse noch nicht hinreichend präcisirt, speciell was die Dosis, den Ort der Injektion und die Injektionsflüssigkeit selbst anlangt. Verf. warnt daher mit Recht vor einer zu frühen allgemeinen Einführung in die Praxis, ehe die Methode nicht nach allen Richtungen hin in Kliniken studirt und bewährt gefunden ist.

Im Allgemeinen hat Verf. seine Erfolge mit 1—3 cg einer 1%igen Cocainlösung erreicht, welche er meist in das Spatium sacro-lumbale oder zwischen 2. und 3. Lendenwirbel injicirte. **Tschmarke** (Magdeburg).

22) **F. Treves.** The battle of Tugela.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 27.)

T. hat als konsultirender Chirurg in einem Kriegslazarette dem in Rede stehenden Gefechte beigewohnt und berichtet kurz über die gemachten Erfahrungen. Die meisten Verwundungen, welche er zu Gesicht bekam, rührten von Mausergeschossen her, wenige von Granatsprengstücken und noch weniger von Shrapnellkugeln. T. hält das Mausergeschoss für ein sehr humanes. Seine Wirkung ist abhängig von der Schussweite. In der Entfernung von 1500—2000 Yards dringt es durch den Körper wie eine Nadel. Irgend welche Verletzungen durch Expansivgeschosse hat T. nicht gesehen. In einem Falle war ein Mausergeschoss durch die Mittelphalanx des 4. und 5. Fingers gedrungen, hatte 4 kleine Hautwunden, so wie eine Fraktur der beiden Knochen verursacht. Die Verletzung heilte anstandslos mit Beweglichkeit der Fingergelenke. Als Gegenstück dazu wird berichtet, dass bei einem Schusse durch den Oberarm der Knochen in 23 Fragmente zersplittert war. Das Geschoss pflegt bei Nahschüssen auf Knochen in viele Stücke zu zerspringen. Bei Bauchschüssen ist der Einschuss sehr klein, eine minimale Delle der Haut, der Ausschuss ein kleiner Schlitz. Bei verschiedenen Verletzten beobachtete T. keine weiteren Symptome, trotzdem sicher eine Verwundung des Darmkanales stattgefunden hatte, wie sich aus den Blutbeimengungen im Stuhle ergab. Die Wunden der Darmwand sind klein und können durch 3—5 Nähte geschlossen werden.

Verschiedene Schüsse durch Leber und Niere boten keine weiteren Symptome. Bei einem Officier war eine Shrapnellkugel durch Leber und Niere gedrungen. Geringe Tympanie, leichte Hämaturie, geringer Collaps waren die Folgen.

Eben so heilten verschiedene Schädelschüsse anstandslos, ohne weiter zu schwereren Störungen Anlass zu geben. Im Allgemeinen nahmen auch Operationen wegen solcher Verletzungen einen ausnehmend günstigen Verlauf.

Amputationen waren verhältnismäßig selten. Ein Schuss durch Kniescheibe und Kniegelenk hinterließ keine weiteren Störungen. Ein Schuss durch die Kniekehle führte zu einem Aneurysma arterio-venosum.

Schüsse durch die Brust heilten im Allgemeinen gut. Unter den Symptomen war eine leichte Hämoptoë kurz nach der Verletzung zu bemerken. Ausnahmsweise kam es zu Hämato- oder Pneumothorax.

Als Unicum wird ein Fall angeführt, wo der Einschuss am linken Schlüsselbeine, der Ausschuss an der rechten Hüfte saß. Selbst bei dieser Verletzung war nur ein geringer vorübergehender Chok zu vermerken.

Weiss (Düsseldorf).

23) **T. Kölliker** (Leipzig). Ein zweiter Fall von Entfernung des Schultergürtels wegen Sarkom der Scapula.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 2.)

Dieser 2. Fall (s. Referat über den ersten ca. 2 Jahre p. op. an Metastasen gestorbenen: dieses Blatt 1897 p. 994) betraf einen 56jährigen Mann mit apfelgroßem großzelligen Rundzellensarkom der Spina scapulae und Obergrätengrube. Operation mittels vorderem Hautlappenschnitt, von der Mitte des Schlüsselbeines ausgehend, über die Schulterhöhe verlaufend und durch die Achselhöhle (Drüsen!) bis zum unteren Schulterblattwinkel sich erstreckend; der hintere bogenförmige Lappenschnitt begann an den Ausgangs- und Endpunkten des vorderen. Mäßige Blutung. — Heilung. $^1/_2$ Jahr später Tod an Influenzapneumonie.

Kramer (Glogau).

24) **A. Elmgren.** Ett fall of luxatio claviculae supra-acromialis completa behandladt med operation.
(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 1057.)

Die Diastase zwischen Akromion und Clavicula betrug 6 cm. Die Operation bestand in Ablösung der Clavicularportion des Musc. trapezius vom luxirten Knochen und deren Annähung (mit Katgut) an das Periost der 1. Rippe, Herabdrängen des Schlüsselbeines, Anlehnung seines distalen Endes an das Akromion unter Interposition des intraartikulären Knorpels und schließlich Vernähung der Ligg. acromio-claviculare und coraco-claviculare (ebenfalls mit Katgut). Die Wunde heilte p. p. in 14 Tagen. Der Verband bestand nur in einer Mitella. — Verf. sah Pat. nach Verlauf von $1^1/_2$ Jahre. Einen Monat nach der Heilung hatte Pat. mit schwerer Arbeit angefangen; vorzügliche Funktion des Armes; keine Diastase der Gelenkenden und keine Difformirung des Trapezius. Die abgelöste Clavicularportion war an der normalen Befestigungslinie festgewachsen.

A. Hansson (Cimbrishamn).

25) **F. Kammerer.** Ligature of the first portion of the left subclavian artery for aneurism, death after four weeks.
(New York med. record 1899. December 23.)

Bei einem 47jährigen Manne wurde wegen angeblich traumatischem Aneurysma (in der Anamnese ist auch Lues registrirt!) unter großen Schwierigkeiten eine Ligatur von mehreren Lagen Chromkatgut um den 1. Theil der linken Subclavia gelegt. Der Tod erfolgte durch Nachblutungen aus einem Risse an der Ligaturstelle. An der proximalen Seite fand sich keine Spur von Thrombus. Die Ligatur war einen Zoll von der Aorta entfernt. Die Wunde blieb aseptisch.

Ob die inneren Schichten der Arterie beim Unterbinden mit durchrissen waren, wie es nicht nach Senn, nach Anderen (Braun) geschehen soll, ist nicht festgestellt. Eine Doppelligatur war wegen des Aneurysmas nicht anzuwenden.

Loewenhardt (Breslau).

26) **R. Plattner.** Ein Fall von Aneurysma der Arteria brachialis, geheilt durch Exstirpation des Sackes.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Bei einem 26jährigen Manne hatte sich nach Schrotschussverletzung ein walnussgroßes Aneurysma der Art. brachialis oberhalb der Ellbeuge gebildet. — Um den Vorderarm auf die folgende Ausschaltung der Arterie vorzubereiten, wurde zunächst täglich eine halbe Stunde lang eine manuelle Kompression der Brachialis oberhalb des Aneurysmas vorgenommen. Nach 12 Tagen Operation: Freilegung des Sackes, der mit den Nachbarorganen fest verwachsen ist; Spaltung und Ausräumung desselben, Exstirpation. Glatter Verlauf. Heilung. — Anschließend erörtert Verf. die Vorzüge der präliminaren, und zwar speciell digitalen Kompression vor Ausführung der Exstirpation als eines werthvollen Mittels, die Collateralbahnen zu erweitern.

Honsell (Tübingen).

27) **G. Costa.** Deformità da frattura dell' avambraccio. Osteotomia segmentaria e sutura metallica.

(Arch. di ortopedia T. XVI. Fasc. 3.)

Eine Vorderarmfraktur im oberen Drittel war geheilt mit stärkster Pronationsstellung, winkliger Knickung mit der Konvexität nach der ulnaren Seite, Übereinanderschiebung und starker Annäherung aller 4 Fragmente, übermäßiger Callusproduktion. Jede Supination unmöglich. 64 Tage nach der Verletzung Osteotomie von zwei dorsalen Schnitten aus. Die Bruchlinie freigelegt und durchtrennt; die Bruchenden mit der Zange zurechtgeschnitten. Dabei muss, um eine richtige Geradestreckung und richtige Anpassung des Radius zu erzielen, die Ulna treppenförmig angefrischt werden. Naht mit Silberdraht. Heilung erfolgt, während der Arm in einfacher Schiene liegt, in 40 Tagen. Verkürzung von 2 cm. Volle Beweglichkeit und Gebrauchsfähigkeit. 3 Abbildungen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

28) **P. Sudeck.** Über den schnellenden Finger.

(Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XXVI. Hft. 2.)

Verf. theilt einen Fall von schnellendem Finger mit, in welchem das Übel nachweislich durch eine Atrophie der Profundussehne verursacht wurde.

Die Störung war bei einem Einjährigen während der ersten Ausbildungszeit am linken Ringfinger aufgetreten. Die Beugung war frei, die Streckung der Endphalanlage erfuhr dagegen stets in derselben Bewegungsphase — halbgestreckt — einen Widerstand, der bei größerem Kraftaufwande ruckweise überwunden wurde. Bei der Operation verschwand das Hindernis mit Spaltung der Sehnenscheide, die im Übrigen vollkommen normal war; es fand sich aber nunmehr an der Profundussehne eine plötzliche Verdünnung und Atrophie des distalen Theiles gerade an ihrem Durchtritte durch den Sublimisschlitz. Die Sehnenscheide wird offen gelassen. Hautnaht. Vollkommene Heilung. — Wie an schematischen Zeichnungen illustrirt wird, konnte in dem mitgetheilten Falle die Beugung des Fingers ein Hindernis nicht erfahren haben; dagegen musste ein solches auftreten, wenn bei Streckung die Übergangsstelle von der atrophischen in die normal dicke Partie der Profundussehne den Sublimisschlitz zu passiren hatte. Nach Verf.s Vermuthung liegen dieselben, resp. ähnliche Verhältnisse in jener ganzen Gruppe von Fällen vor, in welchen bei arbeitsungewohnten jungen Männern durch Gewehrgriffe im Beginne der Militärdienstzeit oder durch analoge Insulte ein Schnellen bei der Streckung der Endphalange eines Fingers, resp. auch bei Beugung und Streckung auftritt.

Honsell (Tübingen).

29) **L. Gallez.** Observation d'un cas de fracture de la cavité cotyloïde avec luxation fémorale intrapelvienne.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1899. No. 8 u. 9.)

Ein 15 Jahre alter Kohlenarbeiter erlitt, während er auf dem letzten Wagen eines Kohlenzuges stand, in dem Augenblicke, als er sich setzen wollte, durch einen Stoß des Wagens eine schwere Verletzung der linken Hüfte, welche zuerst gegen den hinteren Rand des Wagens gestoßen wurde und beim Hinfallen noch wiederholte Stöße erlitt. Der Arzt fand den Oberschenkelkopf durch die zersprengte Pfanne hindurch in das Becken und weiter gegen den Damm vorgedrängt, den er durchstoßen hatte, so dass er zwischen Steißbein und After frei zu sehen war. Blase und Mastdarm waren unverletzt, das Steißbein gebrochen. Der Oberschenkel stand rechtwinklig abducirt und nach außen rotirt, so dass seine innere Fläche nach oben sah. Verschiedene Repositionsversuche misslangen. G. sah den Pat. erst 10 Tage nach der Verletzung. Die zerrissenen Weichtheile waren in gangränösem Zerfalle, eben so der Oberschenkelkopf. Man resecirte unterhalb des kleinen Trochanters, worauf die Reposition in die normale Schenkelhaltung sich fast von selbst vollzog. Tod an Erschöpfung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

30) Vanderwaeter. Relation de 3 cas d'ostéo-myélite.

(Arch. méd. Belges 1899. September.)

V. behandelte 2 Jungen von 16 und 5 Jahren und ein junges Mädchen an Osteomyelitis des rechten Oberschenkels, ausgegangen jedes Mal von dessen unterer Epiphysenlinie. In dem ersten derselben schritt der infektiöse Process trotz chirurgischer Eingriffe fort und bedrohte in höchstem Grade das Leben. Da injicirte V. in 3 Intervallen 60, 50 und 40 ccm Denys'sches Serum. Sofort wurde der Process zum Stillstand gebracht. Heilung. Das junge Mädchen hatte schon vor 12 Jahren eine Osteomyelitis durchgemacht, welche recidivirte und zu Nekrosen führte. **E. Fischer** (Straßburg i./E.).

31) E. Deetz. Zwei Fälle von seltenen Knochenerkrankungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

1) Knochencyste der Tibia. Bei 18jährigem Mädchen entwickelte sich innerhalb eines Jahres eine Geschwulst unterhalb des rechten Kniees, von glatter Oberfläche, die von einer knöchernen, theilweise unter Pergamentknittern eindrückbaren Schale bedeckt zu sein scheint. Keine Pulsation. Die Vermuthungsdiagnose Knochencyste wird bei der Operation nach Resektion der vorderen Wand bestätigt. Es fand sich eine mit flüssigem Blute gefüllte Höhle, die von Knochenleisten in mehrere Kammern getheilt war. Ausschabung, Tamponade, Heilung. Mikroskopisch erwies sich die Knochenschale mit einer bindegewebigen Membran ausgekleidet, kein Epithelbelag, keine Geschwulstreste. — Nach Verf. handelt es sich trotzdem wohl um das Umwandlungsprodukt einer früheren Geschwulst.

2) Subperiostales Hämatom der rechten Beckenschaufel. Nach Sturz auf die rechte Hüfte bei 18jährigem Manne entstanden und innerhalb eines Vierteljahres auf Kindskopfgröße herangewachsen. Mächtige Geschwulst, der Innenseite der rechten Beckenschaufel anliegend und in diese anscheinend übergehend, von prallelastischer Konsistenz, nicht druckempfindlich. Klinische Diagnose Sarkom. Bei der Operation wurde eine dünne, der Geschwulst aufliegende Knochendecke durchtrennt, ein mächtiges, die Geschwulst bildendes Gerinnsel entfernt. Tamponade; langsamer Heilverlauf. Nach $^1/_2$ Jahre Tod an Herzinsufficienz. Die Sektion ergab eine knöcherne Kammbildung an der inneren Beckenschaufel, die zwischen sich und der Crista eine Art Mulde, ausgekleidet von fibröser Schwarte, bildete. Mikroskopisch fibröse Periostitis, keine Neubildung. Danach musste also angenommen werden, dass sich, vielleicht aus einer Beckenfissur, bei dem Sturze ein subperiostales Hämatom und in Folge dieses die Knochenwucherung entwickelt habe. **Honsell** (Tübingen).

32) Jalaguier. Lipome intra-musculaire de la cuisse à marche rapide. Forme et limites de la tumeur nettement révélées par la radiographie. Extirpation. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 235.)

Die Radiographie zeigte die Kontouren des Femurknochens völlig normal und im Bereiche der Geschwulst eine hellere, von 2 elliptischen Linien scharf umgrenzte Stelle. Die faustgroße Geschwulst sollte sich innerhalb 14 Tagen nach einem Sturze von der Treppe entwickelt haben. Die Operation ließ leicht das ganz reine Lipom durch Ausschälung entfernen. **Reichel** (Chemnitz).

33) J. N. Henry. A case of two distinct fractures occurring in the same patella at an interval of eight months.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

In dem vorliegenden Falle sollte entschieden werden — Behufs Feststellung von Schadenersatzansprüchen —, ob dieselbe Kniescheibe 2mal an verschiedenen Stellen gebrochen war. Der von dem Unfalle betroffene Kläger behauptete, dass die Kniescheibe das 1. Mal an einer anderen Stelle gebrochen war als das 2. Mal.

Durch Palpation war nur eine Bruchlinie zu fühlen. Das Röntgenphotogramm stellte zwei Frakturlinien fest. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

34) **Longuet.** Synovite tuberculeuse tubéreuse ou végétante de l'articulation du genou.

(Presse méd. 1898. No. 53.)

Mittheilung eines Falles von Lipoma arborescens des Kniegelenkes. Es handelte sich um einen 31jährigen Mann, der wiederholt an Gelenkrheumatismus gelitten hatte, was in diagnostischer Beziehung irre führte. Erst bei der Incision, die wegen zweier »frei beweglicher Gelenkkörper« vorgenommen wurde, stellte man die wahre Natur des Leidens fest, worauf die Synoviektomie vorgenommen wurde. Heilung mit fester Ankylose. Histologisch wurden Riesenzellen zerstreut in einem fibrösen, wenig vaskularisirten Gewebe gefunden. Eine Verimpfung des Materiales ist nicht versucht worden. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht ein Zusammentreffen von rheumatischer Erkrankung mit der Infektion der Tuberkelbacillen zu einer solchen plastischen Form der Gelenktuberkulose führen könne?

Tschmarke (Magdeburg).

35) **N. Biagi** (Rom). Klinische, histologische und mikrobiologische Untersuchungen über ein Myxosarkom der Kniekehlengegend.

(Policlinico 1899. Mai 15.)

Kindskopfgroße, weich-elastische, fast fluktuirende Geschwulst in der Wadengegend bei einer 46jährigen Frau. In der Annahme eines kalten Abscesses wurde die Incision gemacht; statt des erwarteten Eiters ergab sich aber eine weiche, aus zahlreichen graugelben Knötchen bestehende, leicht blutende Masse. Ausschabung und Tamponade nützte nichts. Die Geschwulst wuchs von Neuem, wucherte nach außen, und es stellte sich allgemeine Kachexie ein. Es wurde desswegen die Amputation des Oberschenkels vorgenommen; die Wunde heilte per primam. Die histologische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein Myxosarkom (theils Spindel- theils Rundzellen, daneben auch Riesenzellen; Kerntheilungsfiguren nicht allzu reichlich) handelte. Mit Hilfe der Sanfelice'schen Färbung (Lithioncarmin und Gentianaviolett) gelang es dem Verf., in einer Reihe von Präparaten rundliche oder ovaläre, meist intercellulär gelegene, selten in Gruppen von 2—4 vereinigte Körperchen nachzuweisen, die er als Parasiten anspricht. Dieser Parasit wurde auch aus der Geschwulst isolirt und auf künstlichen Nährböden gezüchtet, wo er sich als ein Blastomyces von ganz bestimmten Eigenschaften erwies. Das Bakterium wuchs in ziemlich charakteristischer Weise auf Gelatine, Agar, Bouillon und Kartoffeln; die Größe betrug im Durchschnitt 3 : 6 μ, die Form war elliptisch. Keine Pigmentbildung, keine Verflüssigung der Gelatine, keine Milchcoagulirung. Die Vermehrung geschieht durch Sprossung. — In einer Reihe von Thierversuchen wurde der gefundene Pilz auf seine pathogenen Eigenschaften geprüft. Es entstanden Drüsenschwellungen, weißliche Knötchen in der Leber, im Netz, Darm und Unterhautzellgewebe, miliare Infiltration der Lungen. In all diesen Fällen handelte es sich im Wesentlichen um nekrotische Herde, in deren Umgebung eine mehr oder weniger ausgeprägte Bindegewebsneubildung besteht, und in denen der charakteristische Hefepilz sich nachweisen lässt. Eine wirkliche Geschwulstbildung wurde nirgends beobachtet. Verf. glaubt, dass der gefundene Pilz nicht einer zufälligen Verunreinigung seine Existenz verdankt, sondern dass er in ursächlichem Zusammenhange steht mit der Entwicklung der beschriebenen Geschwulst.

H. Bartsch (Heidelberg).

36) **I. Friis.** Fractura tuberositatis tibiae (par arrachement).

(Hospitals Tidende 1898. No. 19.)

Verf. theilt einen solchen Fall mit, in Absetzung zum Sprunge entstanden bei einem 16jährigen Unterofficiersaspiranten. Vollständige Genesung.

Schaldemose (Kopenhagen).

37) **Codivilla.** Sui trepianti tendinei nella pratica ortopedica.
(Annali di ortopedica 1899. No. 4.)

C. hat 30 Sehnenplastiken an 23 Fällen ausgeführt. Die Krankengeschichten bringt die Arbeit in Tabellenform. Es handelt sich um alle möglichen Kombinationen, meist an den unteren Extremitäten, in Folge von schlaffer Kinderlähmung. C. hebt mit Recht hervor, dass die Resultate nicht immer befriedigen, besonders bei sehr schwachen und in großer Zahl gelähmten Muskeln. Hier konkurrirt mit Erfolg die Arthrodese. Überwiegen jedoch die gesunden Muskeln und sind diese kräftig, so ist das die rechte Domäne der Plastiken. Sonst muss man mit Apparaten etc. doch noch nachhelfen. — C. hat die Methode auch mit Erfolg bei spastischen Lähmungen angewandt. — Sich eigenthümlich glaubt er eine Methode, den Tib. post. durch ein Loch im Lig. inteross. nach vorne zu den vorderen Sehnen, seinen Antagonisten zu leiten; doch ist, so viel Ref. weiß, auch dies bereits ausgeführt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

Zur Frage der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung.

Von

*Dr. **Hugo Hieronymus Hirsch** in Köln.*

In dem unlängst erschienenen 3. Bande der 7. Auflage von König's Lehrbuch der speciellen Chirurgie heißt es bei Erörterung der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung (p. 439), man könne sich »mit Hoffa vorstellen, dass im fötalen Leben . . . der Oberschenkel an der Pfanne . . . vorbeiwächst«. Die gemeinte Theorie, welche die angeborene Hüftverrenkung zu dem Wachsthume des fötalen Oberschenkels in Beziehung bringt, rührt nicht von Hoffa, sondern von mir her, und es sei mir — mit Rücksicht auf die große Verbreitung, welche das vortreffliche Lehrbuch besitzt, so wie mit Rücksicht auf den besonderen Werth, den ich der Erwähnung meiner Theorie seitens seines Autors beilege — gestattet, meinen Anspruch zu beweisen.

Ich verweise auf meine Arbeit: Die Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung, Virchow's Archiv 1897 Bd. CXLVIII. p. 500—522.

Hier habe ich mich einmal bemüht, darzuthun, dass die Theorie der originären Hemmungsbildung, der Hoffa noch in der 2. Auflage seiner orthopädischen Chirurgie (1896) die größte Wahrscheinlichkeit zuerkennt, aus verschiedenen Gründen gänzlich unhaltbar sei. Nachdem ich dann des weiteren das Unzulängliche derjenigen Theorien hervorgehoben, welche das Leiden aus einer gepressten Lage des Fötus, bezw. aus einer solcherweise bewirkten forcirten Beuge- oder Adduktionsstellung des fötalen Oberschenkels erklären wollen, habe ich dort eine neue Theorie aufgestellt, gemäß welcher »die Luxation durch eine Kraft geschieht, welche gleichsam die Resultirende der gepressten Lage des Fötus und der Wachthumsenergie des fötalen Femur ist« (p. 509—513).

Gerade aus der Hoffa'schen Privatklinik heraus ist die von mir aufgestellte Theorie zunächst heftig bekämpft worden: von Alsberg in einem besonderen, längeren Aufsatze in der Münchener med. Wochenschrift (1897 No. 37) und von Deutschländer in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie (Referat). Erst nachdem ich die durch Alsberg erhobenen Einwendungen widerlegt hatte (Münchener med. Wochenschrift 1897 No. 49), hat Hoffa selber in der 3. Auflage der orthopädischen Chirurgie (1898) seinen früheren Standpunkt verlassen, sich im Wesentlichen meinen Ausführungen angeschlossen und insbesondere (p. 548) »sich vorgestellt, dass der Schenkelkopf einfach an der Pfanne vorbeiwächst«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.
Siebenundzwanzigster Jahrgang.
Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.
No. 18. **Sonnabend, den 5. Mai.** **1900.**

1) Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann, Prof. P. v. Bruns und Prof. J. v. Mikulicz. 6.—10. Lieferung.

Stuttgart, **Fr. Enke**, 1899—1900.

Die Zahl der erschienenen Lieferungen obenstehenden Werkes hat sich seit der letzten Besprechung (s. d. Bl. 1899 p. 1218) verdoppelt, ihr Inhalt ist dem der erst erschienenen mindestens gleichwerthig. Übrigens hat sich unterdess die Zahl der Mitarbeiter um einige vermehrt; denn Lieferung 10 nennt als neu hinzugekommene Friedrich, Hoffa, Kausch, Lotheissen und Wilms. In den neuen Lieferungen wird zunächst der Abschnitt über die Erkrankungen des Gesichts und die plastischen Operationen von Lexer,

an anderer Stelle der von v. Eiselsberg über die Erkrankungen der Schilddrüse zu Ende geführt. F. Krause behandelt sein Specialgebiet, die Neuralgien des Kopfes, Küttner die Verletzungen und Erkrankungen der Speicheldrüsen, Partsch das Gebiet der Kiefer, Kümmel das der Nase und ihrer Nebenhöhlen. v. Hacker hat mit Lotheissen die Krankheiten der Speiseröhre bearbeitet, Riedinger die Verletzungen, Kümmell die Missbildungen und Erkrankungen des Brustkorbes und seines Inhaltes, Angerer die Krankheiten der Brustdrüsen. Den 3. Band beginnt Steinthal mit den Verletzungen und Erkrankungen der Bauchdecken; ihm folgt Körte mit dem Abschnitte Peritoneum; v. Mikulicz und Kausch endlich geben zunächst Allgemeines über Laparotomie und beginnen dann das Kapitel über Operationen am Magen-Darmkanale.

Den Meisten der Autoren ist es gelungen, in knapper, inhaltsreicher, von allen Phrasen freier Diktion ihr Thema in interessanter Weise zu bearbeiten; einzelne Kapitel sind ganz vortrefflich gelungen, nur eines oder das andere hätte kürzer gefasst werden können, um besser in den ganzen Charakter des Buches zu passen. Dass einige kürzere Abschnitte gleichzeitig von mehreren Autoren gearbeitet sind, erklärt sich bei einem solchen Sammelwerke leicht und dürfte bei einer 2. Auflage, die sicher in baldiger Aussicht steht, leicht vermieden werden. Im Großen und Ganzen gehört das Handbuch zu den erstklassigen Erscheinungen der chirurgischen Litteratur unserer Tage. **Richter** (Breslau).

---

2) **H. Küttner.** Über das Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Bezüglich der lokalen Ausbreitung des Peniscarcinoms betont Verf. die große Bedeutung der Schwellkörper; in ihnen, speciell innerhalb der Corpora cav. penis breiten sich rasch wachsende Carcinome theils kontinuirlich, theils diskontinuirlich bald weit über die äußerlich sichtbare Geschwulstgrenze hinaus aus. Die Carcinomzapfen wuchern dabei vorzugsweise intramural weiter und durchbrechen die Endothelschicht der Gefäße meist erst spät, wenn durch Verengerung der Lichtung bereits Störungen im lokalen Kreislaufe eingetreten sind. Metastasen auf dem Blutwege gehören zu den größten Seltenheiten und sind überhaupt erst in 10 Fällen beobachtet worden. Über die Ausbreitung im Lymphsysteme hat Verf. selbst eine Reihe von Untersuchungen nach der Gerota'schen Injektionsmethode angestellt und kommt auf Grund derselben zu dem Ergebnisse, dass die Lymphgefäße beider Penishälften, ferner diejenigen von Vorhaut, Eichel und Harnröhrenschleimhaut mit einander kommuniciren. Die Mehrzahl der Lymphbahnen des Penis führen zu den Leistendrüsen; die schon länger bekannten kleinen Drüsen an der Vorderseite der Symphyse pflegen in ein aus den tiefen Lymphgefäßen des Penis hervor-

gegangenes Geflecht eingeschaltet zu sein; endlich giebt es zahlreiche Lymphbahnen des Penis, welche direkt zu den Drüsen im Inneren des Beckens führen. Klinisch spielen, wie des weiteren erörtert wird, die Drüsenmetastasen eine erhebliche Rolle, doch ist die Mehrzahl der bei Peniscarcinom auftretenden Drüsenschwellungen nicht geschwulstartiger, sondern entzündlicher Natur. Fast immer werden die beiderseitigen oberflächlichen Leistendrüsen zuerst, die Beckendrüsen in der Regel nur sekundär, die vor der Symphyse liegenden Drüsen ganz ausnahmsweise befallen. Als besonders bösartig muss ein Peniscarcinom angesehen werden, wenn es schnelles, lokales Wachsthum zeigt, auf die Corpora cavernosa des Penis übergangen ist; wenn ferner bei noch kleiner Primärgeschwulst schon eine verdächtige Vergrößerung der Leistendrüsen nachzuweisen ist, oder das Peniscarcinom ein jugendliches Individuum befällt, endlich wenn Blutungen aus Harnröhre oder Geschwulst auftreten. Form und Sitz des Carcinoms ist für die Prognose weniger ausschlaggebend, nur scheinen ausgesprochene papilläre Formen im Allgemeinen gutartiger als die unter dem Bilde der nicht papillären Geschwulst oder des carcinomatösen Geschwüres verlaufende zu sein.

Für ein therapeutisches Eingreifen liegen die Verhältnisse relativ günstig. Aus dem umfangreichen Materiale der v. Bruns'schen Klinik konnte Verf. fast 66% Dauerheilungen berechnen. Hierunter findet sich ein großer Procentsatz von Fällen, in welchen keine Drüsenexstirpation vorgenommen wurde; andere, bei denen nach Entfernung carcinomatöser Drüsen eine Radikalheilung eintrat, sprachen aber doch entschieden für principielle primäre Drüsenoperation. Nur wo keine Drüsenschwellungen vorhanden, das Carcinom selbst noch klein und langsam wachsend ist, darf auf Wunsch des Pat. oder bei bestehenden Kontraindikationen, bei ganz im Beginne stehenden Geschwülsten überhaupt die Penisamputation ohne Ausräumung der Leisten vorgenommen werden; von der Kastration ist abzurathen. Fernere Ausführungen beziehen sich auf Ätiologie, pathologisch-anatomisches und klinisches Bild der Erkrankung, wobei sich Verf., wie im Vorhergehenden, auf die Fälle der v. Bruns'schen Klinik (60 Beobachtungen) stützt.

Honsell (Tübingen).

---

3) **Hochstetter** (Stuttgart). Untersuchungen über die Qualität und Desinfektionsfähigkeit einiger Sorten elastischer Katheter und Bougies.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 6.)

Es wurden verschiedene Desinfektionsmittel versucht und verschiedene Sorten elastischer Katheter und Bougies. Lysol ist nicht anwendbar, weil es den Lack rasch zerstört, eben so Formalin, da nach Gebrauch damit desinficirter Katheter von Küttner Reizerscheinungen beobachtet wurden, wenn nicht alle daran haftenden Reste desselben sorgfältigst entfernt sind. Die von Porges gelieferten

Katheter (zumal Sorte 5) vertrugen strömenden Wasserdampf, und zwar bis 100mal, 1‰ Sublimatlösung 96 Tage lang. Auch die von Rüsch gefertigten Sorten erwiesen sich theilweise als recht widerstandsfähig. 3%ige Karbolsäurelösung wurde von keiner Sorte vertragen. Während der Desinfektion müssen die Katheter möglichst wenig gebogen werden, und, wenn mehrere gleichzeitig desinficirt werden, mit Mull umwickelt werden, um das Verkleben zu vermeiden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

4) **H. Wossidlo.** Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges. Vorläufige Mittheilung.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XI. Hft. 3.)

5) **Kollmann** und **Wossidlo.** Neues cystoskopisches Instrumentarium. Vorläufige Mittheilung.

(Ibid.)

6) Dieselben. Cystoskop mit Desinfektionshülse.

(Ibid.)

7) **F. Schlagintweit.** Zur Vereinfachung der Cystoskopie.

(Ibid.)

In einer »vorläufigen Mittheilung« geben K. und W. als neues Princip für den Bau cystoskopischer Instrumente an, den optischen und den instrumentellen Theil nicht in einander, sondern neben einander in eine Hohlrinne zu legen. Nach diesem Principe ist denn auch das Incisionscystoskop von W., dessen Zweck aus dem Titel zur Genüge ersichtlich ist, gebaut.

Um die Cystoskope sicher zu desinficiren und steril zu halten, bringen K. und W. eine Hülse an, die an eine fest mit dem Cystoskop unterhalb des Okulartrichters verbundene Scheibe aufgeschraubt wird und den röhrenförmigen Theil des Cystoskopes umschließt. Auf den Boden der Hülse wird Formalin (Tabletten, mit Formalin getränkte Watte) gebracht.

Beachtenswerth erscheint der Vorschlag von S. Sein sog. Kathetercystoskop hat die Gestalt eines gewöhnlichen Cystoskopes und ein Kaliber von 19 oder 23 Charr.; doch kann die Optik unabhängig von der fest mit dem Cystoskoprohre verbundenen Lichtleitung und Lampe herausgezogen und leicht wieder eingeführt werden, wobei eine einfache Dichtung den Abfluss von Urin verhindert. Das leere Cystoskoprohr kann wie ein gewöhnlicher Katheter zum Spülen und Entleeren der Blase benutzt werden. Das Instrument scheint in der That Vortheile vor dem einfachen Cystoskope zu haben und berufen zu sein, das Irrigationscystoskop zu verdrängen:

1) Ist es nicht nöthig, vor der Cystoskopie einen besonderen Katheter zur Blasenspülung einzuführen.

2) Kann das Prisma, wenn es beschmutzt ist, leicht gereinigt werden; bei während der Untersuchung trübe gewordenem Blasen-

inhalte kann leicht (in viel wirksamerer Weise als beim Irrigationscystoskope) nachgespült werden.

3) Die Reinigung ist leichter als beim Irrigationscystoskope.

4) Medikamentöse Spülungen können sofort im Anschlusse an die Cystoskopie ausgeführt werden.

Ein Nachtheil des Instrumentes ist der kleine Durchmesser der Optik, der eine Beschränkung der Helligkeit resp. des Gesichtsfeldes bedingen muss. Es geht nicht an, wie Verf. es thut, einfach das Gesichtsfeld seines Cystoskopes mit demjenigen eines Irrigationscystoskopes zu vergleichen, da durch ein stärkeres Okular das Gesichtsfeld eines ganz dünnen Cystoskopes auf Kosten der Helligkeit auf denselben Durchmesser wie bei einem dickeren Kaliber gebracht werden kann. **Fr. Brunner** (Zürich).

---

8) **G. Ingianni.** Über die Regeneration der männlichen Harnröhre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 227.)

Das Wesentliche der Ergebnisse findet sich in dem Referate über die italiänische Arbeit des Verf. in diesem Blatte 1899 p. 174, auf welches verwiesen wird. **Richter** (Breslau).

---

9) **Rochet** (Lyon). Traité de la dysurie sénile et de ses diverses complications.

Paris, **G. Steinheil,** 1899. 489 S.

Verf. hat in dem vorliegenden Werke die schwierige Aufgabe unternommen, Alles das zu einem einheitlich Ganzen zusammen zu fassen, was die wissenschaftliche Forschung und praktische Erfahrung in den letzten Jahrzehnten über die Ätiologie, Pathologie und Therapie der Altersveränderungen der Harnwege ergeben hat. Geschrieben zu einer Zeit, wo die Ansichten und Urtheile besonders hinsichtlich der Behandlung dieser Leiden noch weit aus einander gehen, muss ein derartiges Buch um so werthvoller sein, wenn es wie dieses objektiv den Standpunkt sachlicher Kritik wahrt und sich auf einer umfassenden Kenntnis aller einschlägigen Fragen aufbaut.

An der Hand sorgfältiger pathologisch-anatomischer Studien über die senilen Veränderungen der Harnblase und der Prostata entwirft R. ein klares und übersichtliches Bild der verschiedenen Erkrankungsformen und ihrer Symptome und behandelt zugleich in eingehender Weise die Komplikationen, besonders die entzündlichen Processe dieser Organe. Dabei wird den differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in den verschiedenen Stadien der Krankheit Rechnung getragen. Nicht minder sorgfältig, aber immer kritisch sichtend, hat Verf. in den Kapiteln über die Therapie der Prostatahypertrophie Alles zusammengestellt, was für die hygienische, medikamentöse und instrumentelle Behandlung in Betracht kommt, und bespricht ausführlich die Indikationen für operative Eingriffe, welche direkt oder indirekt die Beseitigung der Hindernisse angestrebt haben.

Die chirurgische Behandlung ist besonders eingehend berücksichtigt worden, und die einzelnen Operationsmethoden werden genauer beschrieben.

In einer kurzen Übersicht giebt Verf. am Schlusse dann den Heilplan an, den er selbst bei der Therapie der Prostatahypertrophie verfolgt. Für die unkomplicirten Fälle bildet für ihn im Stadium der einfachen Harnverhaltung der Katheterismus unter den angegebenen Vorsichtsmaßregeln die Grundlage der Behandlung. Von Eingriffen will er hier nur die Bottini'sche Methode der Incision und Kauterisation der Prostata, als ein absolut unschädliches und recht zweckmäßiges Verfahren, angewandt wissen. Erst wenn der Katheterismus versagt, weil er entweder zu schwierig ist, schlecht vertragen wird oder Fieber, Schmerzen und Blutungen zur Folge hat, greift R. zur Punktion oder temporären Drainage der Harnblase. Führen diese wegen vorhandener Komplikationen ebenfalls nicht zum Ziele, so empfiehlt R. die Dilatation vom Damme aus mit oder ohne Prostatektomie oder schließlich die Eröffnung der Harnblase durch Sectio alta mit Dauerdrainage.

Das Werk ist mit zahlreichen und guten Skizzen ausgestattet und giebt in der That einen vollständigen Überblick über den heutigen Stand aller die Prostatahypertrophie berührenden Fragen. Der Praktiker wird recht zufrieden sein, in demselben auch mancherlei Winke und Anweisungen für eine rationelle Prophylaxe und Behandlung dieser prognostisch so traurigen Leiden zu finden.

Buchbinder (Leipzig).

---

10) **J. Albarran** et **N. Hallé.** Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XVIII. Hft. 2 u. 3.)

Unter Zugrundelegung einer großen Reihe eigener Beobachtungen haben die Verff. eingehende anatomische und klinische Untersuchungen über die Hypertrophie und epithelialen Neubildungen der Prostata angestellt und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die senile Hypertrophie der Prostata ist eine wesentlich glanduläre Affektion, hervorgerufen durch eine adenomatöse Proliferation der Prostatadrüsen. Diese Proliferation stellt entweder eine wirkliche Neubildung aus unbekannter Ursache dar, oder sie ist das Ergebnis einer chronischen Entzündung. Häufig treten zu dieser primären Drüsenproliferation Veränderungen des Stromas, die sogar das Übergewicht gewinnen können. Man kann also anatomisch 3 Formen der Prostatahypertrophie unterscheiden: die rein glanduläre, die rein fibröse und eine gemischte Form.

In einer Reihe von Fällen verwandelt sich die Hypertrophie in eine bösartige epitheliale Neubildung. Diese Umwandlung geht meist ganz unmerkbar vor sich; die Prostata zeigt äußerlich noch längere Zeit die Charaktere der gutartigen senilen Hypertrophie. Die histologische Untersuchung solcher hypertrophischen Prostatadrüsen im

Beginne der bösartigen Umwandlung muss sehr genau und Schnitt für Schnitt vorgenommen werden, um die zunächst noch ganz zerstreuten epithelialen Knötchen zu finden.

Die Verff. haben in 100 Fällen eine derartige sorgfältige histologische Untersuchung ausgeführt und gefunden, dass bereits bei vielen Kranken, die klinisch zur Gruppe der gutartigen senilen Hypertrophie gerechnet werden, Befunde einer epithelialen Neubildung in verschiedener Form und Ausdehnung gefunden werden. Vom anatomisch-histologischen Standpunkte aus ist die Bezeichnung »Prostatiker« jedenfalls ungenügend. **P. Wagner** (Leipzig).

---

11) **R. Rörig** und **F. Rörig** (Wildungen). Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 12.)

Verff. haben mit der Bottini'schen Incision bei Prostatahypertrophie bei allen ihren Operirten »eine an Heilung grenzende Besserung« erzielt und empfehlen die Operation, die weder Narkose, noch mehrtägige Bettruhe erfordert, für alle Fälle, in denen eine mehrwöchige palliative Behandlung keinen Erfolg hat.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

12) **A. Jahn.** Über Urachusfisteln.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Ausgehend von einem Falle angeborener Urachusfistel aus der v. Mikulicz'schen Klinik, welcher mittels Excision des ganzen Ganges erfolgreich operirt wurde, giebt Verf. einen Überblick über Ätiologie und klinisches Bild der Erkrankung. Bezüglich ihrer Behandlung kommt er zu dem Schlusse, dass bei den angeborenen Fisteln einfache Methoden, wie Kompression, Kauterisation, Ligatur, Anfrischung und Naht, zur dauernden Beseitigung des Leidens genügen können; bei den erworbenen Urachusfisteln aber, so wie den angeborenen, die einfachen Methoden trotzen oder erst in späterem Alter zur Behandlung kommen, ist ein operativer Eingriff, der die Fistelwand radikal entfernt, das sicherste Verfahren. Vorbedingung für die Behandlung aller Urachusfisteln bleibt aber die Beseitigung der Ursachen des Leidens, als welche Hindernisse in der normalen Entleerung des Urins und deren Folgeerscheinungen gelten können.

Honsell (Tübingen).

---

13) **M. Mendelsohn.** Über Bau und Funktion des harnableitenden Apparates (Nierenbecken und Ureter).

(Sep.-Abdr. aus Wiener Klinik 1899. No. 11 u. 12.)

Für den Chirurgen hat diese ausführliche, mit künstlerisch schönen Originalholzschnitten geschmückte Monographie namentlich desshalb Interesse, als er darin eine exakte Schilderung der topographischen Verhältnisse des Harnleiters und seiner Abnormitäten

(Fehlen, Verdopplung, abnormer Verlauf, abnorme Ausmündung) findet. Auch das große, 310 Nummern umfassende Litteraturverzeichnis wird ihm von Werth sein. **Fr. Brunner** (Zürich).

---

14) **J. Berg.** Till frågan om ureterens behandling vid operation för njurtuberkulos.

(Hygiea Bd. LXI. p. 394.)

Die Erkennung des Zustandes der Harnleiter bei der Tuberkulose der oberen Harnwege ist von großer praktischer Bedeutung, da die Behandlung des Harnleiters in solchen Fällen nicht schablonenmäßig sein darf, sondern den bestehenden Veränderungen angepasst werden muss. Bisher stimmen die Ansichten der Autoren über die Behandlung der Harnleiter bei Operationen wegen Nierentuberkulose wenig überein. Einige lassen, gestützt auf die Erfahrung, dass in den meisten Fällen nach der Nephrektomie Spontanheilung eintritt, den Harnleiter bei der Exstirpation der tuberkulösen Niere unberührt. Andere, wie Rovsing und Lennander, bezeichnen die Ureterektomie als unvermeidlichen Theil der Operation. Besonders der letztgenannte Autor macht einen ausgedehnten Gebrauch von ihr. Da jedoch die totale Ureterektomie schon a priori als eine ernste Zugabe zu der Nephrektomie betrachtet werden muss — ganz abgesehen von der Unmöglichkeit, bei der Operation die Ausdehnung der krankhaften Veränderungen der Harnleiter erkennen zu können — und andererseits unzweifelhafte Fälle von dauernder Heilung des evident kranken Harnleiters konstatirt sind, hat Verf. einen anderen Gesichtspunkt in der Indikationsstellung der primären Ureterektomie hervorgehoben. Die beiden Krankengeschichten, die ihn zu der obengenannten Arbeit veranlassten sind in aller Kürze folgende:

Es handelte sich um zwei 28jährige Pat. In beiden Fällen gingen Appendiciten den Harnbeschwerden voraus, in beiden entwickelte sich nachher einseitige Nierentuberkulose mit absteigendem Verlaufe, ob auf der Basis einer septischen Infektion, blieb unentschieden. Die klinische Untersuchung vermisste lange eine Stütze für die Annahme einer Nierentuberkulose. In dem einen Falle wurde die Diagnose auf septische Pyonephrose mit Steinkonkrement gestellt. In beiden Fällen wurde zuerst ein Schnitt auf die Niere geführt, welcher Eingriff in dem einen Falle mit Nephrektomie endete; im anderen wurde nur die Resektion des oberen Drittheils der Niere gemacht. Da Heilung ausblieb, wurde in beiden Fällen sekundäre Nephrektomie mit hauptsächlich subkapsulärer Ausschälung der Nierenreste, also ohne nennenswerthe Ureterektomie, gemacht, und die Diagnose der Tuberkulose wurde festgestellt. In beiden Fällen trat eine auffallende Verbesserung des Allgemeinzustandes der Pat. ein; die Wunden heilten schnell, doch mit einer nachträglichen Lumbalfistel in dem einen Falle. Aber gewisse Symptome wurden nicht gehoben; der Harn behielt wechselnde Mengen von Eiter, und die Fistel

schloss sich nicht. Eine deutliche Resistenz an der Stelle des Harnleiters ließ sich durch die Bauchdecken oberhalb des Beckenrandes fühlen. Vor Allem wurden die Pat. von Harnbeschwerden geplagt — schwere und langwierige Tenesmen Tags und Nachts, stechende Schmerzen in der Blase, Druckempfindlichkeit über der Blasengegend, Schmerzen in der Harnröhre bei und nach der Harnentleerung, steinkolikähnliche Anfälle, augenscheinlich auf Eiterretention im Harnleiter beruhend. — Endlich wurde in beiden Fällen (welche also eine Zeit lang die Symptome der Ureteritis in prägnanter Weise dargeboten hatten), totale sekundäre Ureterektomie gemacht, die im einen Falle zu dauernder Heilung führte, im zweiten aber durch eine, wahrscheinlich von dem versenkten distalen Harnleiterende ausgegangene und von dem lockeren perivesikalen Beckenbindegewebe fortgeleitete akute Sepsis das Leben endete.

Nach eingehender Analyse der Krankengeschichten schließt Verf. mit Beantwortung der Frage: Wie sollen wir mit dem Harnleiter nach den Nephrektomien wegen Tuberkulose verfahren? Die Verhältnisse, die dabei zu beachten wären, sind folgende:

1) Liegt eine Mischinfektion vor?

2) Sind Symptome einer ungenügenden Funktion der Harnleiter da?

3) Sind Gründe vorhanden, welche die Annahme einer ascendirenden Tuberkulose der Harnwege bestätigen?

Sind diese Fragen durch eine allseitige klinische und vor Allem bakteriologische Untersuchung beantwortet, will Verf. die Indikationsstellung etwa folgendermaßen präcisiren.

A. Hat man keine Veranlassung, etwas Anderes als Tuberkulose anzunehmen, werden die klinischen Zeichen der Ureterstenose vermisst, und ist das freigelegte Stück des Harnleiters nicht oder nur unbedeutend und gleichmäßig erweitert und verdickt — dann soll keine Ureterektomie, nur Nephrektomie gemacht werden.

B. Sind die Verhältnisse übrigens gleich, der freigelegte Theil des Harnleiters aber deutlich verdickt — dann sollte der Harnleiter in seinem oberen Theile abgelöst werden. Nimmt die Verdickung abwärts deutlich und schnell ab, dann ist die Ureterektomie wahrscheinlich unnöthig, kann aber in der Ausdehnung, in welcher die Ablösung gemacht worden ist, vorgenommen werden; denn sie vermehrt die Gefahr der Operation nicht. Nimmt aber die Verdickung abwärts zu, oder zeigt sie sich spulförmig, dann wird der äußere Schnitt verlängert, so dass auch der Beckentheil des Harnleiters zugänglich wird und die Ablösung auch über die Kreuzung mit den Iliacalgefäßen hinab fortgesetzt werden kann. Die Ausdehnung der Ureterektomie in solchen Fällen hängt von dem Umstand ab, dass, je höher die Unterbindung des Beckentheiles mit Berücksichtigung der pathologischen Veränderungen geschehen kann, um so zuverlässiger die Desinfektion und die Vernähung des Ureterstumpfes sich ausführen lässt. Die Indikation der totalen Ureterektomie wird um so

18**

dringender, als der klinische Verlauf und die Befunde bei der Operation für eine ascendirende Tuberkulose sprechen.

C. Liegt Mischinfektion vor, oder ist eine solche verdächtig, so gestalten sich die Verhältnisse wesentlich anders. In hauptsächlicher Übereinstimmung mit dem Verfahren Albarran's bei den unkomplicirten septischen Pyonephrosen und Pyelonephritiden betrachtet Verf. in solchen Fällen die Ureterostomie als Normalverfahren, und zwar nicht nur um den Ausfluss der Sekrete sicherzustellen, sondern auch, wenn die Heilung nach Ablauf einer längeren oder kürzeren Zeit nicht spontan eintreten sollte, um den Ureter von oben her mittels Sondirungen und Ausspülungen behandeln zu können. Sollten aber mehrfache Stenosen vorliegen, so kann die Behandlung vermittels Ureterkatheterisirungen von der Blase aus nicht entbehrt werden. In seltenen Fällen glaubt Verf., dass auch die Kelly'sche vaginale Ureterostomie indicirt sein kann, und schließlich hält er es nicht für unwahrscheinlich, dass auch in solchen verzweifelten Fällen, wie Verf.'s tödlich verlaufender, eine partielle Ureterektomie mit inguinaler Ureterostomie und nachfolgender Sondirung zur definitiven Heilung führen könne.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

15) **Albert** (Wien). Gegen die Kastration bei Tuberkulose des Nebenhodens.

(Therapie der Gegenwart 1900. Januar.)

A. polemisirt gegen die »schablonenhafte« Kastration bei Nebenhodentuberkulose. Seiner sehr kurz gehaltenen Ausführung liegt die Erfahrung zu Grunde, dass einmal bei einer erklecklichen Zahl von Kranken die Erkrankung, auch wenn sie doppelseitig aufgetreten ist, viele Jahre lang bestehen kann ohne jede Schädigung, und andererseits, bei einer zweiten Reihe von Kranken, auch die doppelseitige Kastration nicht im Stande ist, das weitere Fortschreiten der Tuberkulose aufzuhalten.

Kurz, A. fordert für die Nebenhodentuberkulose konservative Behandlung, wie sie für die Gelenkstuberkulose der Kinder allgemein anerkannt ist, oder mehr noch, die rein exspektative; verlangt der Kranke die Operation, so beschränkt A. sich darauf, den tuberkulösen Knoten zu spalten und auszuräumen.

Ref. erinnert an die Aufnahme, die Bardenheuer's Vorschlag, den erkrankten Nebenhoden zu amputiren, seiner Zeit, z. B. bei König (Lehrbuch der speciellen Chirurgie), gefunden hat.

Gross (Straßburg i/E.).

---

16) **Lapeyre.** De l'utilisation du ligament rond dans l'opération d'Alquié-Alexander et la cure radicale de la hernie inguinale.

(Presse méd. 1898. No. 78.)

Verf. hat das Verfahren, welches Duplay und Cazin auf dem französischen Chirurgenkongresse 1897 und Faure (Presse méd. 1898

No. 9; referirt im Centralblatte für Chirurgie 1899) für Radikaloperation der Leisten- und Schenkelbrüche angegeben haben, und das von zahlreichen französischen Chirurgen nachgeahmt worden ist, auf die Verkürzung der Ligamenta rotunda bei Retroflexio uteri angewandt; er hat das Ligament selbst als Nahtmaterial benutzt, indem er es der Länge nach spaltete, und so jede versenkte Naht mit Seide oder Katgut vermieden.

In ähnlicher Weise will er bei Leistenbrüchen der Frauen das Ligament verwenden an Stelle des Bruchsackes.

Tschmarke (Magdeburg).

---

17) **J. D. Steele.** A critical summary of the literature on retroperitoneal sarcoma.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. März.)

S. bespricht auf Grund eines selbst beobachteten und 53 aus der Litteratur zusammengestellter Fälle die Pathologie der primären retroperitonealen Sarkome, die ihren Ausgangspunkt von der Scheide der großen Gefäße oder von dem Bindegewebe vor der Wirbelsäule, vor Allem aber von den retroperitonealen Lymphdrüsen nehmen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Obgleich die retroperitonealen Sarkome selten sind, so verdienen sie doch mehr Aufmerksamkeit vom diagnostischen Standpunkt, als ihnen seither geschenkt worden ist.

2) Männer scheinen mehr zu dieser Affektion zu neigen als Weiber (60 gegenüber 40%). Das erste, vierte, fünfte und sechste Lebensjahrzehnt wird am häufigsten befallen, das Alter von 10 bis 25 Jahren ist annähernd frei.

3) die Geschwülste wachsen sehr schnell, die durchschnittliche Dauer beträgt bis zum Ende 8,7 Monate.

4) Gewöhnlich entsteht die Geschwulst in der Lendengegend (57%), wächst häufig in der Mitte des Leibes, in der Gegend der Radix mesenterii (41%); 2% wachsen aus dem Becken heraus. Bei den seitlichen Geschwülsten ist die rechte Seite häufiger befallen. Meist ist die Geschwulst gelappt und mit Kapsel versehen, im Frühstadium hart, aber sehr zur Degeneration (hämorrhagische oder myxomatöse) geneigt, die so rasch fortschreitet, dass die Geschwulst in einem Drittel der Fälle cystische Beschaffenheit annahm. Metastasen sind selten, betreffen dann meist Leber und Lungen. Meist greift die Geschwulst auf den Darm über und bricht in ihn oder in die Bauchhöhle durch.

5) Der Anfang der Geschwulstbildung verläuft symptomenlos: die ersten Symptome sind funktionelle Störungen des Verdauungskanals. Die ersten charakteristischen Symptome sind Lumbarneuralgien und Ödem der Beine, Kompressionserscheinungen. Später treten Kachexie, mehr oder weniger komplete Dünndarmverletzung und funktionelle Störungen in etwa sonst komprimirten Organen hinzu.

6) In den Frühstadien sind die physikalischen Symptome unsicher; bei den in der Mitte liegenden Geschwülsten ist das Colon nach oben verdrängt und liegt auf der Vorderfläche der Geschwulst. Bei seitlicher Entwicklung sind die Dünndärme nach der anderen Seite verdrängt. Die Geschwulst kann fluktuiren und sich mit der Athmung bewegen oder auch bei der Palpation.

7) Abgesehen von der retroperitonealen Lage und dem bösartigen Charakter der Geschwulst vermag die Diagnose meist nichts festzustellen, insbesondere ist die Differentialdiagnose gegenüber Nieren- und Nebennierengeschwülsten oft unmöglich. Diese Schwierigkeit in der Diagnose wächst mit der Größe der Geschwulst. Eine Probeincision kann allein Sicherheit über den Sitz der Geschwulst geben, ein chirurgischer Eingriff allein bietet Aussicht, das Leben des Pat. zu verlängern. **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

108. Sitzung am Montag, den 12. März 1900, im kgl. Klinikum.
Vorsitzender: Herr Rose.

Herr Rose: Präparate von Spondylitis deformans.

Das Wesen des »runden« Rückens war in seiner Ätiologie weit früher bekannt als die Kenntnis von dem winkelig gebogenen Rücken. Während es sich bei der erstgenannten Erkrankung, der »arkuären« Deformität, um Rachitis handelt, geben zu der anderen Deformität (der »angulären«) in der Regel tuberkulöse, kariöse Processe die Veranlassung; auch geheilte Frakturen können unter Umständen das Bild eines abgelaufenen ausgeheilten kariösen Processes darbieten.

Aus der Sammlung hierher gehöriger und von ihm demonstrirter Präparate scheint dem Vortr. eins besonders interessant: die Wirbelsäule eines viele Jahre lang von ihm behandelten und beobachteten Mannes, eines Eisenhändlers, welche zeigt, dass kariöse Processe ohne operative Eingriffe tadellos ausheilen können, ohne eine Spur von Eiterung zu hinterlassen. Vortr. war genöthigt, den Pat. wegen einer septischen Erkrankung, vom Knie ausgehend, zu operiren, der der Kranke erlag. Bei der Sektion zeigte sich der interessante Befund an der Wirbelsäule.

Ein anderes Präparat von »rundem« Buckel zeigt, wie in Folge von Arthritis 6 Wirbel verwachsen sind, außerdem an der Deformität sich die Gelenkflächen der Rippen und die ligamentären Verbindungen betheiligen. Es kann vorkommen, dass derartige Deformitäten Exostosen vortäuschen und z. B. beim Katheterisiren Schwierigkeiten verursachen.

2) Derselbe: Eine Heilung von epileptischem Blödsinn.

Der betreffende Kranke, ein 6jähriger Junge vom Lande, bot einen ganz unklaren Symptomenkomplex. Er hatte sich vor einiger Zeit dadurch, dass er gegen die Thür gelaufen war, eine Wunde an der Stirn zugezogen, die innerhalb 14 Tagen bereits zugeheilt war — September 1899. Nach einiger Zeit stellten sich Zuckungen in den Extremitäten und Bewusstlosigkeit ein.

Pat. nahm die absonderlichsten Stellungen ein, schlug die Beine über den Kopf, fraß mit großer Gier, biss um sich, schmierte sich Koth ins Gesicht und gab unartikulirte Laute von sich. Kurz nach der Aufnahme ins Krankenhaus Bethanien bekam er die Masern, nach deren Überstehen sich der Vortr. entschloss, einen operativen Eingriff vorzunehmen — Januar 1900.

Er bildete einen Haut-Knochenlappen an der linken Stirnseite, da, wo die von der Verletzung herrührende Narbe sich befand, und klappte den Lappen nach oben um. Er fand die Dura ohne Besonderheit, spaltete sie; auch das Gehirn war gesund; er ging mit einer Pravaz'schen Spritze ein, punktirte, ohne Erfolg. Er legte nunmehr den Lappen wieder über die Öffnung und vernähte nur die Haut. Kurz nach der Operation bekam Pat. einen epileptischen Anfall; er wurde, nachdem die Wunde geheilt war, entlassen.

Einige Zeit nach der Operation erhielt R. zu seinem größten Erstaunen ein Dankschreiben seitens der Gemeinde und der Eltern für die ausgezeichnete Heilung des Knaben.

Der von dem Vortr. wieder bestellte und der Gesellschaft vorgestellte Pat. macht jetzt allerdings einen geistig ganz normalen Eindruck, so weit das von einem die Schule noch nicht besuchenden Knaben anzunehmen möglich ist.

R. kann sich den günstigen Einfluss der Operation nicht anders denken, als dass die Krankheit beruht habe auf vorübergehenden Schwellungszuständen des Gehirns, und dass das letztere, in eine starre Kapsel eingeschlossen, durch die Trepanation mehr Spielraum bekommen habe. Man fühlt das Gehirn hinter und mit dem Lappen pulsiren.

3) Danach stellt R. einen 63jährigen Pat. vor, der zahlreiche schwere, lebensgefährliche Verletzungen durch eine Lokomotive erlitt, aber doch noch mit dem Leben davonkam.

Es fanden sich Frakturen der Rippen, des Schlüsselbeines, des Oberarmes, ein Pneumohämatothorax, Hämoperikardium, Luft in der Bauchhöhle in Folge Ruptur des Diaphragma. R. punktirte aus der Pleurahöhle 2500 ccm zersetzten Blutes.

4) Dann stellt R. einen Pat. vor, an dem er mit günstigem Erfolge die Wladimiroff-Mikulicz'sche Resektion der Fußwurzelknochen vorgenommen. Das Wesentliche bei dieser Operation ist das Festwerden in gerader Stellung mit Verlängerung des Fußes und die Möglichkeit, auf den Zehen zu gehen. Der Kranke war 1890 anderwärts wegen Carcinom des Calcaneus operirt worden und wurde 1898 wegen eines großen, blumenkohlartigen, eiternden Gewächses im Krankenhause Bethanien aufgenommen. R. nahm eine Excision der Geschwulst vor und war genöthigt, die Tibialis postica zu unterbinden, was eine partielle Anästhesie zur Folge hatte; auch mussten die stark vergrößerten Leistendrüsen excidirt werden. Pat. geht mit einem besonders konstruirten Schuh sehr gut, ein Recidiv ist nirgends aufgetreten.

R. erwähnt übrigens, dass, wenn eine vollkommen feste Verwachsung nicht eintritt, der Stumpf also »wackelig« bleibt, die Pat. doch verhältnismäßig noch ganz gut gehen können.

5) Derselbe: Unerwünschte Folgen nach Resektion von Knie und Hüfte.

Man hatte vor 40 Jahren den Grundsatz aufgestellt, dass an Kindern Gelenkresektionen wegen der nachfolgenden Wachsthumsstörungen nicht vorgenommen werden sollen — und doch ist es in vielen Fällen ganz unmöglich, diesen Eingriff zu umgehen.

So nahm R. vor 4 Jahren an einem 8jährigen Mädchen eine Hüftgelenksresektion vor; es blieb eine Fistel zurück. Auch mit Tuberkulin wurde das Mädchen behandelt — indess ohne Erfolg; schließlich musste R. auch noch eine Resektion am Becken vornehmen. Im Laufe der nächsten Jahre entwickelte sich eine Spondylitis, die Rippen stießen auf das Becken auf, dazu gesellte sich Atrophie (ex- und koncentrische) der Knochen, wie sich mit Röntgenstrahlen genau konstatiren lässt, das Bein wird kürzer und kürzer!

R. lässt nun für derartige bedauernswerthe Kranke einen »Zehen«-Schuh, ähnlich dem von Mikulicz für Pat. mit resecirten Fußwurzelknochen angegebenen, anfertigen, und mit diesem gehen die Pat. verhältnismäßig ganz gut. Dabei hat sich ihm gezeigt, dass es leicht möglich ist, eine fehlerhafte Konstruktion des

Schuhes zu entdecken, wenn man von dem mit dem Schuh bekleideten Fuße eine Röntgenaufnahme macht.

6) Derselbe: Hernia vaginalis anterior.

An einer Frau, die mit einer »Geschwulst« im kleinen Becken seiner Abtheilung zugeführt wurde, ergab sich folgender Befund: 11 cm lange Uterushöhle, wie durch Sondirung festgestellt wurde, im kleinen Becken ein harter, den Uterus gegen das Os sacrum pressender Tumor, Blase ohne auffälligen Befund, wie sich bei Untersuchung nach der Simon'schen Methode feststellen ließ. Der Tumor ging nicht von ihr aus, prominirte gegen die Vagina.

Die Frau hatte 5mal geboren, unregelmäßige Menses, leugnete die Möglichkeit einer Schwangerschaft, klagte über Störungen seitens des Mastdarmes und der Blase.

Die Diagnose war unter diesen Umständen zweifelhaft; als möglich wurde angenommen ein vielleicht mit der Blasenwand verwachsenes Myom.

Laparotomie. Es präsentirte sich ein kavernöser Tumor, den es nicht gelang nach oben zu ziehen. Da er Fluktuation zeigte, wurde mittels Dieulafoy eine Punktion vorgenommen, die klares Wasser ergab.

Es zeigte sich somit, dass es sich um eine Hernia vaginalis uteri gravidi irreponibilis handelte.

Nach 4 Wochen abortirte die Frau.

In den meisten Lehrbüchern wird die Möglichkeit einer derartigen Hernienbildung bestritten, ihr Vorkommen ist aber nicht von der Hand zu weisen, und bei Blasen-Scheidenfisteln resp. nach deren Operation nach Wilms kann sich diese Lageanomalie sehr leicht ausbilden.

7) Herr Schüller: Beiträge zur Ätiologie der Geschwülste.

Die Ansichten über die Ätiologie der Geschwülste sind noch nicht geklärt, trotz zahlreicher Hypothesen, die darüber schon aufgestellt sind. Von verschiedener Seite sind in Sarkomen eigenartige Elemente gefunden worden, die wie Mikroorganismen aussehen; ihre Kultur ist indess noch nicht geglückt. Auch vom Vortr. wurden derartige Untersuchungen vorgenommen mit dem Resultate, dass er in allen derartigen Geschwülsten bestimmte Organismen mit folgenden Eigenschaften vorfand. Es sind blasenartige Körper von goldgelber Farbe, stark lichtbrechend, rund, oval oder birnenförmig geformt, besitzen eine Art cirkulärer Schichtung, ferner radiäre Streifen, die sich als Kanäle herausstellen. Sie sind ungefähr 3mal so groß als weiße Blutkörperchen. Sie können aus geplatzten größeren Cystenräumen heraustreten und sind an ihrer lichtbrechenden Eigenschaft bei Tageslicht zu erkennen. Um sie zu finden, ist es vortheilhaft, an den Geschwulsttheilen vorkommende dunklere Stellen aufzusuchen; sie sitzen nicht in, sondern zwischen den Zellen der Geschwülste; die Geschwulstpartikel müssen zerrissen, möglichst ungefärbt in Alkohol ausgewaschen und mit Lavendelöl aufgehellt werden. Will man sie gefärbt untersuchen, so darf man keine Anilinfarben, sondern nur schwache Hämatoxylin- und Jodjodkalilösung benutzen. Vortr. hat auch Übertragungsversuche bei Thieren gemacht, und zwar hat er in Kochsalzlösung aufgeschwemmte Geschwulsttheilchen in die Milz injicirt oder in Hauttaschen verbracht; die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, einzelne Thiere zu früh eingegangen. Es ist indess möglich, dass eine Übertragung derartiger Geschwülste von Mensch zu Thier überhaupt ausgeschlossen ist.

Vortr. fand ähnliche Organismen auch in Zupfpräparaten von Gummaknoten (hereditäre Syphilis, Periostgummata bei Kindern), Spina ventosa, oft kolonieartig angereiht.

Er will aus seinen Versuchen keine bestimmten Schlussfolgerungen ziehen, vielmehr zu Nachuntersuchungen anregen.

Auf die Frage König's (sen.), in welcher Weise er seine Kulturen angelegt habe, erwidert S., dass er ursprünglich mitten aus frisch operirten Geschwülsten mit sterilen Instrumenten ausgeschnittene Geschwulsttheile in die Peritonealhöhle von Thieren versenkt habe, später aber diese Stücke in Glascylinder, bei Körper-

temperatur, im Dunkeln aufbewahrt habe. Die Organstückchen selbst bildeten das Nährmaterial. Es zeigen sich dann bald sagoähnliche Körperchen, die sich bei Blutserumzusatz sehr lange halten. **Sarfert** (Berlin).

---

19) **A. Gabszewicz.** Ein Fall von Stein in der Prostata.

(Gaz. lekarska 1899. No. 50.)

Ein 32jähriger Mann giebt an, vor 10 Jahren eine schwere Gonorrhoe durchgemacht zu haben; seit 2 Jahren leidet er an Beschwerden, welche auf eine Harnröhrenstriktur schließen lassen. Die Untersuchung der Harnröhre mittels Katheters ergab eine hochgradige Striktur im membranösen Theile der Harnröhre. Die Prostata stark vergrößert, auffallend hart. Da die versuchte Dilatation der vermuthlichen Striktur misslang, machte Verf. die äußere Urethrotomie, wobei er jedoch statt der Striktur einen gegen das Harnröhrenlumen vorstehenden, im Prostataparenchym festsitzenden Stein fand. Die Extraktion des sehr harten Steines gelang erst bei kombinirtem Zug von der Harnröhre und Druck vom Mastdarme aus. Verweilkatheter, Tamponade der Wundhöhle in der Prostata mittels Jodoformgaze. Tod am 12. Tage an Septicopyämie.

Die Sektion ergab das typische Bild einer Pyonephrose. Der grauweiße Stein war von birnförmiger Gestalt, sein längster Durchmesser betrug $5^1/_2$, seine Breite 4 cm, das Gewicht 60 g. Die äußeren Schichten bestanden aus Calciumphosphaten und Oxalaten. Im Centrum desselben befand sich ein grauer Kern aus Uraten, um welchen sich die weiteren Schichten koncentrisch gruppirten.

Trzebicky (Krakau).

20) **Poncet.** Résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale. Etude clinique basée sur vingt-trois observations.

(Bull. de l'acad. de méd. 1899. No. 45.)

Die Methode besteht in Annähung des centralen Endes der Harnröhre an die Haut des Dammes und findet ihre Indikation bei hochgradigen Zerstörungen der Harnröhre und bei ausgedehnten impermeablen Strikturen. Die veröffentlichten Resultate sind gute. **Borchard** (Posen).

21) **Garrigues.** Fötale Blase bei einer 45jährigen Frau.

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. November.)

In dem vorliegenden Falle wurde die seltene Anomalie gelegentlich einer Fibromoperation entdeckt. Es handelt sich nicht um einen bestehenden Hohlraum im Urachus, sondern um die Erhaltung der ganzen fötalen Blase, bis zum Nabel hinauf, zwischen den Bauchmuskeln und dem Bauchfelle liegend. Da die Kranke an einer Nephritis starb, konnte das Präparat gewonnen und näher untersucht werden; dasselbe zeigte eine durchaus normale vesico-uterine Tasche.

Tschmarke (Magdeburg).

22) **E. Herczel (Budapest).** Radikaloperation der Blasenspalte (Ektopia vesicae) durch Implantation der Harnleiter in den Dickdarm.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 11.)

H. hat in 3 Fällen nach dem Maydl'schen Operationsplane die Einpflanzung der Harnleiter in den Dickdarm Behufs Radikaloperation der Blasenspalte vorgenommen und mit der Operation stets einen ausgezeichneten Erfolg erzielt. Vor Allem gelang stets die Behebung der Harninkontinenz; aber auch die vereinfachte Technik, die Erhaltung der Schließmuskulatur um die Harnleitermündungen herum, wodurch eine aufsteigende Infektion, so wie eine sekundäre Stenose vermieden werden, die Sicherheit der Einnähung sind bei dem Maydl'schen Verfahren rühmend hervorzuheben. In technischer Beziehung legt H. Werth darauf, dass bei Einnähung der Blasenellipse in den Darm der Längsspalt des Darmes in die Quere verzogen und in diese Lücke der nach oben umgestülpte Blasenstumpf

verlegt wird, ferner dass zur Sicherung der Naht am Blasenstumpfe möglichst viel Bauchfell erhalten wird. Die Frage, ob die abnorme Kommunikation zwischen Darm und Harnwegen nicht weiterhin, d. h. nach Ablauf von Jahren, zur deletären Pyelonephritis führen kann, hält H. noch nicht für spruchreif. In den von ihm beobachteten Fällen — $2^1/_2$, $1^3/_4$, $^1/_2$ Jahr nach der Operation — ist eine Infektion vom Mastdarme aus nicht zu Tage getreten. Die in 2 Fällen H.'s aufgetretene Polyurie könnte außer durch die Annahme einer Nephritis interstitialis durch die Annahme einer Diffusion von Wasser durch die Darmwand zum Harn ihre Erklärung finden. **F. Krumm** (Karlsruhe).

23) **Federici.** Corpo estraneo in vesica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 18.)

Pat. war an akuter Peritonitis gestorben. Bei der Sektion fand sich ein Nelatonkatheter in der Blase, der mit seinem Blasenende die Blasenwand durchbohrt hatte. Pat. hatte sich häufig selbst katheterisirt. **Dreyer** (Köln).

24) **O. Zuckerkandl.** Ein Fall von Kontusion der Harnblase.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 12.)

Bei dem 33jährigen gesunden Pat. Z.'s waren angeblich ohne besondere Veranlassung unter vermehrtem Harndrange und Tenesmus profuse Blasenblutungen aufgetreten, die seit 2 Wochen anhielten. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich ein Sugillationsprocess an der hinteren Wand und am Grunde der Blase mit Schleimhauteinrissen, aus denen das Blut heraussickerte. Als Ursache stellte sich nachträglich ein Trauma heraus. Am Tage vor seiner Erkrankung musste Pat. sich, um einen Gegenstand vom Grunde eines tiefen Fasses emporzuheben, derart über die Kante desselben neigen, dass die Unterbauchgegend einem starken Drucke ausgesetzt wurde. Gelegentlich dieser Kraftanstrengung hatte Pat. nur ein Brennen in der Harnröhre verspürt, an das sich dann die Blutungen direkt anschlossen. Der Fall beweist, dass ein anscheinend geringes Trauma Blutaustritte ins Gewebe einer gesunden Blase und oberflächliche Schleimhautrisse mit nachfolgender profuser Hämaturie zur Folge haben kann. Heilung unter indifferenter Behandlung. **F. Krumm** (Karlsruhe).

25) **L. Suarez.** Dégénérescence polykystique de la muqueuse vésicale.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. hat bei einer 45jährigen Frau einen ganz eigenthümlichen, anscheinend noch nicht beschriebenen Krankheitszustand beobachtet, den er als polycystische Degeneration der Blasenschleimhaut beschreibt. Sie charakterisirt sich klinisch in einer fast beständigen Hämaturie, die weder sehr intensiv ist, noch durch Bewegungen beeinflusst wird; sehr häufiges Bedürfnis zum Uriniren mit heftigem, stechendem Schmerze am Beginne oder am Ende des Aktes. Cystoskopisch sieht man auf der vorderen Blasenwand eine unzählige Menge kleiner Cysten; die dazwischenliegende Schleimhaut ist vollkommen gesund. Die Untersuchung des Urins ergiebt außer Blut eine große Anzahl degenerirter Zellen; keinen Eiter; die Krankheit nimmt einen chronischen Verlauf; auf den Allgemeinzustand hat sie keinen besonderen Einfluss. Die Behandlung besteht in Auswaschungen oder Einträufelungen von Höllensteinlösung (1 : 100). Bei der betreffenden Kranken ergab diese Therapie bereits nach $1^1/_2$ Monat bedeutende Besserung; bis auf ganz vereinzelte Stellen war die Blasenschleimhaut wieder normal geworden; nach 3 Monaten war auch der häufige schmerzhafte Urindrang verschwunden; der Urin war fast vollkommen klar geworden. **P. Wagner** (Leipzig).

26) **P. Paton.** A case of ruptured ureter or renal pelvis.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 13.)

Ein Kehrichtkärrner war mit der linken Seite auf einen Kasten gefallen. Es stellten sich lebhafte Schmerzen daselbst, so wie andauerndes Würgen ein. Bei

der Aufnahme ins Krankenhaus, 10 Stunden nach dem Unfalle, fanden sich geringe Blutmengen im Urin, so wie eine Dämpfung in beiden Lendengegenden. Nach 3 Tagen, während welcher das Würgen anhielt und eine Pulsfrequenz von 110 beobachtet wurde — Blut im Harn fand sich nicht mehr —, trat rapide Besserung ein. Die tägliche Urinmenge betrug ca. 1200 ccm. Am 12. Tage nach dem Unfalle war in der linken Lendengegend eine abgesackte, fluktuirende, schmerzhafte Geschwulst zu konstatiren, die bei der Incision beträchtliche Mengen Urin entleerte. Eine Öffnung in der Niere, dem Nierenbecken oder Harnleiter konnte nicht gefunden werden. Nach weiteren 12 Tagen entleerte sich weniger Urin aus der Wunde, dagegen nahm die täglich aus der Blase entleerte Harnmenge zu. Der Harn enthielt eine geringe Menge Eiweiß und Eiter, die sich allmählich noch mehr verringerte. Nach 8 Wochen war der Urin normal.

Verf. empfiehlt für solche Fälle das abwartende Verfahren. Die primäre Naht, wie sie Morris empfiehlt, hält er für angezeigt bei genauer Diagnose, und wenn der Sitz der Verletzung aufzufinden ist; sonst Abwarten und bei eintretender Urininfiltration Incisionen. Die Nephrotomie kommt erst sekundär in Betracht, wenn sich eine Urinfistel gebildet hat, die sich sonst nicht schließen lässt.

Weiss (Düsseldorf).

27) **B. MacMonagle** (San Francisco). The management of surgical injuries to the ureters.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. December.)

I. 39jährige Frau. Bei Gelegenheit einer vaginalen Hysterektomie wurde der rechte Harnleiter in die Ligatur gefasst; nach 6 Tagen Uretero-Vaginalfistel, welche durch Implantation des Harnleiters in die Blase geheilt wird.

II. Nach Durchschneidung des Harnleiters in der Höhe des Beckeneingangs bei der Operation eines Ovarialabscesses wurde die Wiedervereinigung durch Invagination des proximalen in das distale Ende vorgenommen. Heilung.

III. Während der Operation großer Uterusfibroide wurde der linke Harnleiter unterbunden, der rechte durchgeschnitten. Nach 24 Stunden wurde das Unglück erst gemerkt und der Bauch geöffnet. Der rechte Harnleiter ließ sich in die Blase einpflanzen, die Ligatur des linken wurde gelöst. Pat. starb.

IV. Harnleiterdurchschneidung bei Myomoperation. Sofortige Einpflanzung in die Blase. Heilung.

V. Uretero-Vaginalfistel. Eröffnung des Bauches, nachdem 8 Versuche auf vaginalem Wege fehlgeschlagen. Einpflanzung des proximalen Endes in die Blase. Heilung.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

28) **P. Nayoud.** Epanchement périrénal d'origine traumatique. Laparotomie: incision de la poche. Guérison.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. März.)

8jähriges Mädchen, Quetschung der linken Bauchseite durch Fall vom Wagen. Unmittelbar nach dem Trauma und einmal (!) einige Tage später Blutspuren im Urin. Entwicklung eines über 3 Liter Urin fassenden perirenalen Sackes in 6 Wochen. Laparotomie, Drainage des Sackes 16 Tage lang. Heilung ohne Fistel. Die Niere schien bei der Operation unverändert zu sein. Verf. nimmt einen kleinen Riss im Nierenbecken oder des Harnleiters an. Er hält trotz seines glänzenden Resultates die einfache Punktion für die vorzuziehende Behandlungsmethode.

F. Göppert (Kattowitz).

29) **V. Remedi** (Siena). Beitrag zur Nephrorrhaphie.

(Atti della R. accad. dei Fisiocritici 1899. Vol. X.)

Nach einem allgemeinen Überblicke über die in der Litteratur niedergelegten Anschauungen, betr. Indikationen und Technik der Nierenannähung, berichtet Verf. über die von ihm in den Jahren 1890 bis September 1898 operirten Fälle. Es sind dies im Ganzen 49 Fälle von Wanderniere (48 Frauen, 1 Mann); die Nephror-

rhaphie wurde 45mal auf der rechten Seite ausgeführt, 1mal nur links, und 3mal beiderseits. Der Grad der Verlagerung war in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedener; in 17 Fällen war die Niere bis in die Fossa iliaca der betr. Seite herabgestiegen. Die Symptome bestanden in Störungen des Verdauungsapparates, örtlichen Schmerzen, hysterisch-neurasthenischen Erscheinungen, intermittirender Hydronephrose. Das operative Verfahren war nicht immer das gleiche: In den ersten 14 Fällen (1890—94) wandte Verf. die »Methode Lloyd-Tuffier« an, d. h. Incision der fibrösen Nierenkapsel, Ablösung und Resektion eines mehr oder weniger breiten Streifens derselben, Annähung der so entstehenden Ränder der fibrösen Kapsel an die Ränder des Muskelschnittes. Alle 14 Fälle heilten ohne Recidiv. Die nächsten 14 Fälle wurden »nach Guyon« operirt, indem die Nierensubstanz selbst mit Katgutnähten an die Weichtheile der Bauchwand fixirt wurde; die Fälle heilten ebenfalls bis auf einen, in welchem ein Recidiv eintrat. Der Rest der Fälle wurde nach einer »gemischten Methode« operirt: erst wird das Organ durch Katgutfäden, die einerseits das Nierenparenchym und andererseits die Ränder des Muskelschnittes durchsetzen, fixirt, und dann erst wird die Capsula fibrosa über dem konvexen Rande gespalten und ebenfalls an die Muskelränder angenäht; ein kleiner Gazestreifen wird bis auf die Oberfläche der Niere eingeführt, die Wunde im Übrigen genäht. Die so operirten Fälle blieben wiederum ohne Recidiv. Der Hautschnitt geht vom unteren Rande der 12. Rippe, entlang dem äußeren Rande der Sacrolumbalmuskeln, bis zum oberen Rande der Crista iliaca. Die Heilungsdauer nach der Operation betrug im kürzesten Falle 15, im längsten 30 Tage. Die nach einer der angegebenen Methoden ausgeführte Nephrorrhaphie ist als eine völlig ungefährliche und gleichzeitig sehr wirkungsvolle Operation zu betrachten. Die klinischen Symptome der Wanderniere waren nach der Operation entweder völlig verschwunden oder doch erheblich vermindert.

H. Bartsch (Heidelberg).

30) **J. C. Stinson.** Nephrorrhaphy and stripping of the appendix through a lumbar incision, for right floating kidney and painful appendix.

(New York med. record 1899. September 23.)

S. berichtet über einen Fall von rechtsseitiger Wanderniere und schmerzhaftem Wurmfortsatze. Durch die lumbale Incision für die Nephrorrhaphie wurde gleichzeitig der Wurmfortsatz, welcher zwar keine Entzündungserscheinungen, aber ziemlich festen Inhalt zeigte, in den Blinddarm durch Ausstreichen entleert.

Edebohls (cf. Centralblatt für Gynäkologie 1898 No. 22: »Wanderniere und Appendicitis, deren häufige Koexistenz und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt) excidirte den Wurmfortsatz auf diesem Wege.

Loewenhardt (Breslau).

31) **Alessandri.** Le conseguenze dell' occlusione dell' arteria renale nell' uomo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 21.)

Thrombose der Nierenarterie bei einem Herzkranken hatte in einzelnen Nierentheilen vollständige Degeneration, in anderen Atrophie in Folge interstitieller Cirrhose zur Folge, während oberflächliche Theile der Rinde und benachbarte Partien der Pyramiden gut erhaltene Glomeruli und Tubuli contorti besaßen. Die früher von A. im Thierversuche erhaltenen Ergebnisse stimmen überein mit dem Sektionsergebnisse dieses Falles. **Dreyer** (Köln).

32) **Krahn.** Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose in Folge von Blasenpapillom. (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Breslau.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 39.)

K. beschreibt einen jener bisher nur spärlich bekannten Fälle, wo nach der operativen Entfernung einer Blasengeschwulst die vorher konstatirte Hydronephrose verschwand.

Cystoskopisch war ein Papillom an der rechten Harnleitermündung festzustellen gewesen, das allmählich wuchs. Abgegangene Steinchen wurden als Inkrustationen auf der Geschwulst aufgefasst. In der letzten Zeit vor der Operation war nur die fluktuirende Partie der vorhandenen Nierengeschwulst bei dem 49 Jahre alten Pat. gewachsen.

Nach der Entfernung des gutartigen Papilloms verschwand innerhalb 16 Tagen die Nierengeschwulst fast vollständig. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

33) **C. Fenger.** Eversion or turning inside out of the sac of a cystonephrosis as an aid in operating upon the renal end of the ureter and upon the partition walls between dilated calices.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juli.)

In dem Falle, der eine 23jährige unverheirathete Pat. betraf, ging F. folgendermaßen vor: Nachdem die sehr beträchtliche rechts sitzende Geschwulst durch einen 12 cm langen Flankenschnitt bloßgelegt war, wurde eine 2 cm lange Incision gemacht, durch welche sich ein Theil des hellgelben, klaren Inhaltes entleerte. Beim Abtasten des Inneren ergab sich, dass die Cyste mehrkammerig war. Durch Spalten der Scheidewände (starke Blutung) mittels Thermokauters wurde eine einheitliche Höhle hergestellt, deren Wände nach Erweiterung des primären Schnittes unter entsprechender Beihilfe eines hakenförmig eingeführten Fingers so wie der von außen wirkenden Hand eines Assistenten umgestülpt und so allmählich der Betrachtung mit dem Auge zugänglich gemacht werden konnten. Auf diese Weise fand man den Abgang des Harnleiters als eine halbmondförmige 5—7 mm lange Falte; durch diese Öffnung wurde eine 24 cm lange, weiche Sonde eingeführt, der Sack selbst tamponirt und drainirt. Der Erfolg war kein günstiger, indem der normale Weg für den Urin nicht wieder hergestellt wurde. Trotzdem empfiehlt F. die Art des operativen Vorgehens für ähnliche Fälle.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

34) **K. G. Lennander.** Pyonefros, exstirperad från en höger njure med två njurbäcken och två ureterer.

(Hygiea Bd. LXI. II. p. 585.)

Der sehr komplicirte Fall betrifft eine 29jährige Haushälterin, die 8 Jahre vor der Aufnahme Hydronephrose in einer beweglichen rechten Niere bekam. Vor 6 Jahren Eiterung in derselben Niere, die spontan aufhörte, nachdem der Eiter sich durch den Harnleiter spontan entleert hatte. Kurz vor der Aufnahme hatten sich von Neuem Symptome von Eiterung eingestellt. Dieselben wurden durch Nephrotomie bekämpft. Sowohl das Verhalten des entleerten Harnes als dasjenige der Sekretion der Wunde zeigte einerseits, dass der Pyonephrosensack in offener Verbindung mit der Blase stand, andererseits, dass dieser Weg bisweilen geschlossen war. Da sowohl die Quantität des Harnstoffes als die Menge des Harnes normal waren, erschien es Verf. angezeigt, den Pyonephrosensack zu exstirpiren. Bei der Operation, vorgenommen vom Stellvertreter Verf.'s, Dr. Dahlgren, hatte man beim Schnitte in der Niere Blutung aus scheinbar gesundem Nierengewebe beobachtet. Verf. war desswegen bedacht, konservativ zu operiren und eventuell Ureteroplastik n irgend einer Form vorzunehmen. Gestützt auf einen ähnlichen Fall, welchen Verf. kurz erwähnt, machte er in einer zweiten Sitzung die Exstirpation des Processus vermiformis (Pat. hatte in der Rekonvalescenz nach der ersten Operation eine akute Appendicitis gehabt), dann die Exstirpation des hydro-(pyo-)nephrotischen Sackes und zuletzt Nephrostomie des remanenten Theiles der rechten Niere. Bei dieser Operation zeigte sich nun, dass die rechte Niere kongenital verdoppelt und mit 2 Harnleitern versehen sei. Die Eiterung (Bact. coli commune, schon nach der Nephropexie nachgewiesen) war in dem unteren Nierenbecken und der zugehörigen Niere lokalisirt. Bei der zuerst vorgenommenen Nephrostomie hatte man bei der Entleerung des Pyonephrosensackes die gesunde obere Niere durch-

stochen. Offenbar hatte die eigenartige Einmündung des Harnleiters in das Nierenbecken die Pyonephrose hervorgerufen: der Verlauf des kranken Harnleiters erklärte hinlänglich die partiellen Retentionssymptome. Zum Schluss giebt Verf. Beschreibung und Abbildung eines Präparates von einem Falle (klinisch ausführlich von Dr. Floderus beschrieben, und referirt in diesem Blatte 1899 p. 1133), der viele Analogien mit den vom Verf. wahrgenommenen Verhältnissen darbietet. Er bildet auch eine vorzügliche Illustration zu den Auseinandersetzungen Verf.'s über die Nothwendigkeit, mit größter Aufmerksamkeit vorzugehen, wenn es in einem Falle von Pyonephrose bei doppeltem Nierenbecken mit oder ohne doppeltem Harnleiter, die gesunde Niere mit deren Becken und Harnleiter zu retten gelingen soll.

A. Hansson (Cimbrishamn).

35) **Dartigues.** Pyonéphrose d'un rein ectopié dans l'épaisseur du mésentère.

(Presse méd. 1898. No. 54.)

Dieser außergewöhnliche Fall betraf eine 55jährige Frau, welche in ihrem 15. Lebensjahre wegen einer Geschwulst in der rechten Flanke operirt und 5 Jahre lang ans Bett gefesselt war. Sie erkrankte von Neuem unter plötzlich auftretenden Schmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung, Oligurie. Gleichzeitig entstand wieder eine Geschwulst an derselben Stelle, welche schnell wuchs. Dieselbe war etwa 2faustgroß, sehr beweglich, glatt, fluktuirend und scheinbar in die Leber übergehend. Temperatur 39. Ein rechtsseitiger Flankenschnitt stellte fest, dass Leber und rechte Niere gesund seien. Ein Schnitt in der Mittellinie legte darauf die Geschwulst frei, die zwischen Darmschlingen und zwischen den Blättern des Mesenteriums lag und nun für eine Mesenterialcyste angesehen wurde. Der Versuch, diese Cyste zu enukleiren, wurde durch heftige Blutung vereitelt, der stinkende Inhalt der Geschwulst, etwa 1 Liter, wurde daher herausgelassen und der Hohlraum tamponirt. Die Frau starb am nächsten Tage.

Die histologische Untersuchung der Cystenwand ergab, dass es sich um renales Gewebe handelte, die Geschwulst also eine Pyonephrose, eine ektopirte Niere gewesen war.

Tschmarke (Magdeburg).

36) **E. H. Fenwick.** Renal papillectomy.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

Bei verschiedenen jüngeren Individuen, welche an Hämaturie litten, und bei welchen mittels Cystoskops eine Niere als Quelle der Blutung festgestellt wurde, hat Verf. sich veranlasst gesehen, die betreffende Niere freizulegen. Trotz Sektionsschnittes und trotz Einführung des Fingers ins Nierenbecken konnte er die Quelle der Blutung nicht entdecken, wenn auch der Eingriff meist in so fern von Erfolg war, als die Hämaturie aufhörte. Solche Nierenblutungen ohne nachweisbare pathologische Veränderungen wurden von Senator als renale Hämophilie, von Klemperer als Blutung aus einer gesunden Niere beschrieben. In jüngster Zeit hat F. bei 2 eben so zu deutenden Fällen die Niere, aus welcher die Blutung stammte, freigelegt und das Nierenbecken eröffnet. Bei Beleuchtung des Inneren sah er beide Male an einer Papille Veränderungen, welche den Eindruck hervorriefen, als handele es sich um eine kleine zottige Geschwulst von lebhaft rother Farbe. Die veränderten Papillen wurden mittels scharfen Löffels entfernt. Bei Untersuchung derselben ergab sich eine Erweiterung der oberflächlichen Gefäße, so wie eine geringe Blutextravasation in deren Umgebung. Ferner war in einem Falle eine zellige Infiltration zu konstatiren. F. glaubt als Ursache dieser Veränderungen eine lokalisirte interstitielle Entzündung am Grunde der Papille annehmen zu dürfen, wodurch der venöse Abfluss in derselben behindert wird.

Die Nierenblutung stand beide Male nach der Operation. Doch trat in einem Falle 18 Monate später ein leichtes Recidiv auf; beim anderen ist seit September 1899 keine Wiederholung der Blutung zu verzeichnen.

Weiss (Düsseldorf).

37) **R. Minervini e S. Rolando.** Caso di »retentio testis inguinalis« bilaterale.

(Morgagni 1900. No. 1.)

Die geschlechtlichen Funktionen bei dem mit doppelseitigem Leistenhoden behafteten Manne waren normal. Beim Coïtus wurde eine Samenflüssigkeit angeblich entleert. Im 48. Lebensjahre trat eine Entzündung der Hoden ein, und da dieselbe anderen Mitteln nicht wich, mussten die Hoden exstirpirt werden. Dieselben waren klein, und Spermatozoen fehlten vollkommen. Die Samenkanälchen waren vollkommen atrophirt, und die Wand in hyalines Bindegewebe verwandelt. Die Zwischenzellen waren stark vermehrt. Die Epididymis verhielt sich normal. Die Atrophie der Samenkanälchen begann in den Tubuli contorti, doch lässt sich nicht sagen, zu welcher Zeit. Pat. war kinderlos, und die erwähnte Samenflüssigkeit kann Sekret der anderen Geschlechtsdrüsen gewesen sein.

Dreyer (Köln).

38) **Bardella.** Necrosi del testicolo per torsione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 9.)

Ein 51 Jahre alter Mann hatte vor 3 Jahren im Sattel ein Trauma am rechten Hoden erlitten, das heftige Schmerzen und Schwellung des rechten Hodens zur Folge hatte. Obwohl damals Eisumschläge zu sofortiger Heilung führten, blieben Schmerzen bei Anstrengungen bestehen. Bei einem Falle gerieth ein Stock zwischen die Beine und traf den Hoden. Dasselbe Symptomenbild wie damals wiederholte sich, und es musste, als die gewöhnliche Behandlung nicht zur Heilung führte, zur Operation geschritten werden. Hierbei fand sich, dass der Hode dreimal um seine Achse gedreht und nekrotisch war. B. betont die Seltenheit dieser Hodentorsion, von der erst 19 Fälle beschrieben sind. Die Diagnose ist vor der chirurgischen Autopsie nicht möglich. 2—3 Tage genügen, um zur Nekrose zu führen. Wenn vorher die Operation erfolgt, so wird die Torsion gehoben, die Vaginalis excidirt und der Hode mit einigen Nähten am Scrotum fixirt, um ein Recidiv zu verhüten. **Dreyer** (Köln).

39) **F. v. Winiwarter** (Oberhollabrunn). Ein Fall von Hydrocele bilocularis intraabdominalis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 46.)

Der von v. W. mitgetheilte Fall zeichnete sich durch besondere Größe des intraabdominellen Sackes aus, der 7 Liter Flüssigkeit fasste, und betraf einen 31jährigen Pat. Operation: Entfernung der Cyste, die 40 cm lang war, wovon der abdominelle Antheil 30 cm betrug. Tamponade nach Mikulicz. Langdauernde Eiterung. Genesung erst nach 2 Monaten. **Hübener** (Dresden).

40) **F. H. Pounds.** On removal of the cancerous uterus by the abdominal route.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

Verf. hat in den letzten 2 Jahren 5mal die Exstirpation des carcinomatösen Uterus auf abdominalem Wege geübt, alle Male mit gutem Erfolge. Als Indikationen zur Vornahme der Freund'schen Operation haben zur Zeit zu gelten: Größe des Uteruskörpers, Enge der Scheide und Fixation der Gebärmutter durch peritonitische Verwachsungen. Verf. wirft die Frage auf, ob es nicht besser sei, die vaginale Methode überhaupt zu Gunsten der abdominalen zu verlassen und eine rationelle Absuchung des Beckenbindegewebes nach inficirten Drüsen mit der letzteren zu verbinden. (Ref. glaubt diese Frage bejahen zu müssen. Die Infektionsgefahr ist nicht so groß bei gehöriger Abdämmung der Bauchhöhle und nachfolgender zweckmäßiger Drainage der Beckenhöhle, welche sehr gut durch das Herausleiten der an den Lig. lata angelegten Seidenligaturen aus der Scheide bewirkt werden kann. Dann ist es möglich, carcinomatöse Drüsen und krebsig infiltrirtes Bindegewebe weithin, bis zur Nierengegend, zu exstirpiren. Schließlich

kann eine mäßig starke carcinomatöse Infiltration des Beckenbindegewebes, welche die vaginale Methode schon unmöglich machen würde, noch keine Kontraindikation gegen die Anwendung des abdominalen Weges abgeben. Wird dann auch wohl in den meisten Fällen keine dauernde Heilung erzielt, so wird den Pat. doch das fürchterliche Endstadium des Uteruscarcinoms mit seinem Durchbruche in die Blase etc. erspart.)

Weiss (Düsseldorf).

41) **F. Hue** (Rouen). Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de deux ans et demi. Laparotomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 39.)

Die innerhalb von 7 Monaten rasch gewachsene Ovarialcyste hatte die Größe eines Kindeskopfes, enthielt außer Hauttalg Haare und 2 kleine Knorpel-Knochenstücke.

Reichel (Chemnitz).

42) **Gangolphe et Duplant.** Tumeur maligne à fibres musculaires lisses, développée dans la partie gauche du petit bassin.

(Presse méd. 1898. No. 54.)

Zu den seltenen Fällen von sog. Leiomyomen fügen Verff. einen interessanten weiteren Fall hinzu, der eine 33jährige Frau betraf, welche während ihrer dritten, sonst normal verlaufenen Schwangerschaft eine äußerst schnell wachsende Geschwulst in der linken Beckenhälfte bemerkte. Unter den Zeichen hochgradiger Dyspnoë, Ascites und Ödemen starb Pat. bald nach ihrer Aufnahme in die Klinik.

Die Geschwulst wog 7 kg, füllte das kleine Becken ganz aus und war mit einem großen Theile des Darmes und der geschrumpften Gebärmutter verwachsen. — Verff. verlegen den Ursprung der Geschwulst entweder ins Ovarium oder ins Lig. latum, in welchem Organe auch glatte Muskelfasern vorhanden sind. Über das Peritoneum parietale waren zahlreiche Knötchen von derselben histologischen Struktur zerstreut, ferner Metastasen in Leber und Lunge.

Über die histologischen Einzelheiten des sorgfältig untersuchten und beschriebenen Präparates ist das Original nachzulesen.

Tschmarke (Magdeburg).

43) **W. S. Cheesman und W. S. Ely.** Case of primary hemorrhagic effusions into the pleurae and peritoneum.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Die 47jährige Pat. bot die Zeichen eines rechtsseitigen Pleuraergusses. Die Punktion ergab eine blutig gefärbte Flüssigkeit, in deren Sediment sich nur rothe Blutkörperchen nachweisen ließen. Es erfolgte bald ein Recidiv; erneute Punktion, wieder Recidiv u. s. f., so dass Pat. innerhalb 6 Monaten 19mal punktirt wurde. Innere Medikation half nichts. Dabei bestanden keine anderen Symptome außer Dyspnoë bei reichlicher Ansammlung der Flüssigkeit. Schließlich machte sich doch eine hochgradige Anämie bemerkbar, so dass die Verff. in der Absicht, dem dauernden Blutverlust zu steuern, eine sehr verdünnte Jodtinktur (30 Tropfen auf $1/4$ Liter) in die Pleurahöhle injicirten, um eine adhäsive Pleuritis zu erzeugen. Nach diesem Eingriffe traten noch 2 Recidive auf, und erst durch die Einspritzung einer stärkeren Jodlösung kam es auf der rechten Seite zu definitiver Heilung. Darauf dieselbe Folge von hämorrhagischen Ergüssen in der linken Pleura, welche in derselben Weise wie rechts mit Erfolg behandelt wurde. Nach 4 Monaten ungestörter Gesundheit schwoll der Bauch an ohne sonstige Krankheitssymptome. Als die Schwellung Dyspnoë und Ödeme verursachte, wurde punktirt und dieselbe blutige Flüssigkeit wie aus der Pleura entleert. In den nächsten 5 Jahren war dieser Eingriff 41mal (!) nothwendig. Nach Entleerung der Flüssigkeit konnten mehrere vom Fundus uteri ausgehende Myome gefühlt werden. Erst mit Eintritt der Menopause hörten diese merkwürdigen blutigserösen Ergüsse auf, und die Pat. ist seit über $1^1/_2$ Jahren völlig gesund. Die blutige Peritonealflüssigkeit hatte, mikroskopisch und bakteriologisch untersucht, ein negatives Resultat ergeben.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

44) **C. A. Morton.** A case in which a pulmonary abscess was successfully drained.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 17.)

Es handelt sich um einen Pat., welcher mit einer Hämoptoë und lebhaften inspiratorischen Schmerzen auf der rechten Brustseite erkrankte. 13 Tage später begann er einen höchst stinkenden Eiter zu expektoriren, täglich ungefähr $1/2$ Liter. Am 17. Tage fand sich eine Dämpfung über der Basis der rechten Lunge bis hinauf zum Schulterblattwinkel; eine Probepunktion ergab Eiter. Das Athemgeräusch war bronchial. Die Diagnose schwankte zwischen Lungenabscess und Empyem mit Durchbruch in einen Bronchus. Bei der Operation — Rippenresektion unterhalb des Schulterblattwinkels — fand sich die Pleura völlig normal ohne irgend welche Verwachsungen. Die Pleura pulmonalis wurde im Bereiche der erkrankten Lungenpartie gegen die Pleura costalis angenäht und so ein Abschluss der Pleurahöhle erzielt. Der Abscess in der Lunge wurde durch Einbohren einer Kornzange eröffnet und dann drainirt. Der Auswurf ließ nach und war nach 1 Monate geschwunden. Die Sekretion aus der Drainageöffnung war Anfangs sehr reichlich; nach $2 1/2$ Monate bestand noch eine Fistel mit geringer Sekretion. Bei einer Untersuchung 8 Monate nach der Operation war die Fistel verheilt, Perkussionsschall gut, Athemgeräusch etwas abgeschwächt. **Weiss** (Düsseldorf).

45) **Breton (Dijon).** Appendicite à début anormal. Mort en dix jours.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. März.)

Seit Jahren Verdauungsbeschwerden. Erkrankung unter Brechdurchfall. Wegen des kachektischen Aussehens sorgfältige Untersuchung der rechten Bauchseite. Geringe Empfindlichkeit der Blinddarmgegend erst am 3. Tage. Operation trotz geringer Lokalerscheinungen wegen des schweren Allgemeinzustandes. Partiell abgesackte Peritonitis mit dünnem, stinkendem Sekrete in der Gegend des Wurmfortsatzes. **F. Göppert** (Kattowitz).

46) **Cordero.** Un caso di plastica muscolare nella cura di una voluminosa ernia ventrale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 30.)

(Assoc. med.-chir. di Parma. Adunanza del 2 marzo 1900.)

Die 42 Jahre alte Kranke hatte vor 9 Jahren an einer tuberkulösen Osteomyelitis des rechten Darmbeines gelitten. Dieselbe war nach 4jährigem Bestehen und nach Ausscheidung von Sequestern geheilt, hatte aber in Folge von Narbenbildung am äußeren Theile der rechten Leiste zu einer kindskopfgroßen Hernie geführt. C. operirte diese nunmehr und schloss die 5 cm breite und 2 cm hohe Bruchpforte durch einen Lappen, den er der Aponeurosis iliaca und dem darunter liegenden Muskel in 5 cm Breite und 3 cm Höhe entnahm und nach oben schlug. Die Heilung erfolgte per primam, und das gute Resultat besteht bereits 8 Monate. **Dreyer** (Köln).

47) **C. L. Gibson.** The necessary factors in the succesful treatment of intussusception.

(Arch. of pediatrics 1900. Februar.)

Verf. sammelte aus der Litteratur 187 wegen akuter Intussusception nach 1888 operirte Fälle:

Davon zeigten sich bei der Laparotomie

reponirbar	126 Fälle,	Sterblichkeit	36%,
nicht reponibel	14 » ,	»	64%,
gangränös	23 » ,	»	95%,
gangränös oder irreponibel	24 » ,	»	75%.

Bei Laparotomie mit Reposition war die Sterblichkeit 36%, bei Resektion (ohne Berücksichtigung der Methode) 81% von 32 Fällen, bei Anlegung eines künstlichen Afters 83% von 34 Fällen.

Am 1. Tage wurden operirt	35 Fälle,	davon starben	13 = 37%,	waren reponirbar	94%,
» 2. » » »	36 » ,	» »	14 = 39%,	» »	83%,
» 3. » » »	33 » ,	» »	20 = 61%,	» »	61%,
» 4. » » »	15 » ,	» »	10 = 67%,	» »	40%.

Der 5. bez. 6. Tag zeigt eine Sterblichkeit von 73 bez. 75%.

Auf Grund dieser Zahlen räth Verf. selbstverständlich zu möglichst frühzeitiger Operation. Keine Litteraturangaben. **F. Göppert** (Kattowitz).

48) **A. Johannessen** (Christiania). La dilatation du gros intestin chez l'enfant.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. Februar.)

Verf. veröffentlicht 2 Fälle von sogenannter angeborener Dilatation und Hypertrophie des Dickdarmes, von denen einer im Alter von 1½ Jahr unter Zunahme von Meteorismus und Diarrhöen zu Grunde ging. Abführmittel verschlimmerten, wie auch fast immer beobachtet, den Zustand. Ein etwa fingerdickes, in den After etwa 15 cm eingeführtes Röhrchen entleerte eine große Menge Gase und Koth, während durch hohe Klystiere nichts erreicht wurde. Verf. bezieht die Schwierigkeit der Koth- und Windentleerung auf die durch Sektion nachgewiesene Schlingenbildung der Flexura sigmoidea in transversaler Richtung. Leider wurde der Versuch, die Knickungsstelle zu kanalisiren, nur ein einziges Mal gemacht.

Ref. glaubt auf Grund eigener Beobachtung (Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V), dass gerade durch permanente Ableitung der Gase mittels bis über die Knickungsstelle — die stets in solchen Fällen vorhanden zu sein scheint — eingeführter dicker Drainröhren eine dauernde Besserung zu erzielen ist.

F. Göppert (Kattowitz).

49) **P. M. Newjadomski.** Ein Fall von primärem Gallenblasensarkom und diffuser sarkomatöser Infiltration des Peritoneums.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 1. [Russisch.])

N. beschreibt einen seltenen Sektionsbefund, der an der Leiche einer nach 9 Monate langer Krankheit verstorbenen Frau erhoben wurde. Die Gallenblase war von einer in der Mitte schon zerfallenden Geschwulst umgeben und enthielt etwa 50 Cholestearinsteine und pigmentirte Zerfallsmassen. Das ganze Bauchfell von kleinen Knötchen besät; Metastasen fanden sich in Lungen, Herz, Leber und linker Niere. — Die Sarkomzellen waren von verschiedener Größe.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

50) **J. A. Scott.** A case of acute gangrenous pancreatitis with fat necrosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Oktober.)

Die Diagnose war bei Lebzeiten der 64jährigen Pat. nicht mit Sicherheit gestellt worden. Die Autopsie ergab eine lokalisirte Peritonitis in der Regio epigastrica. Im Netz, Mesenterium und Mesocolon fanden sich Hunderte von nekrotischen Herden von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße; im kleinen Netze ein eitriges Exsudat; das Pankreas war um das Dreifache vergrößert und zeigte auf dem Durchschnitte allenthalben nekrotische Herde. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 12. Mai.** **1900.**

Gefahrlose Trepanation des Schädels mittels eines neuen korbförmigen Protektors und eines neuen geknöpften Bohrers.

Von

Dr. Stanislaus v. Stein,

Direktor der Basanova'schen Universitätsklinik für Ohren,- Hals- und Nasenkrankheiten in Moskau.

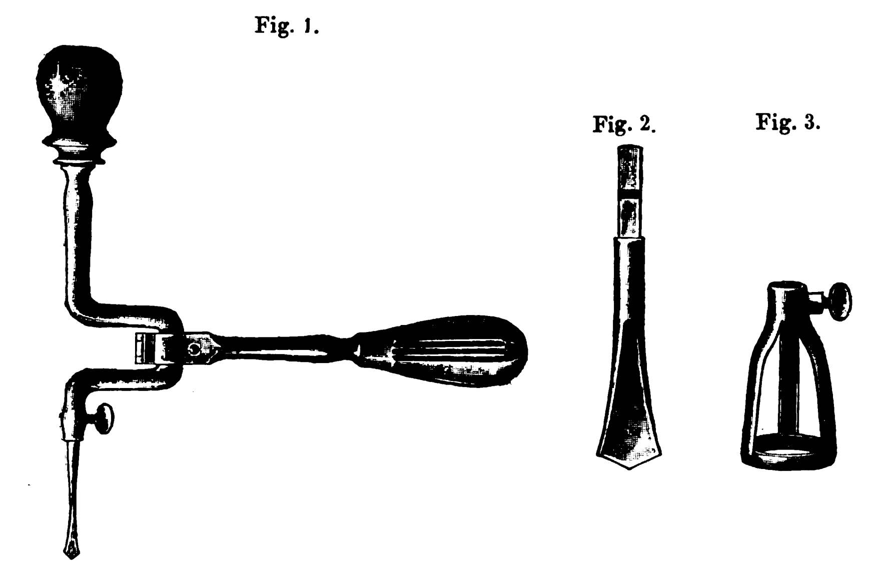
Das Bestreben, die Schädelhöhle rasch und ohne Verletzung der Dura mater zu eröffnen, gab während vieler Jahrhunderte die Veranlassung zur Erfindung der verschiedenartigsten Trepans, Bohrer und Fraisen. Man kann sich leicht davon überzeugen bei einem Einblick in Doyen's »Technique chirurgicale« (Paris 1887), worin auf 7 Tafeln die Instrumente für die Schädeltrepanation von den ältesten Zeiten bis auf die Jetztzeit dargestellt sind.

Doyen selbst hat eine kugelförmige Fraise mit meridian gestellten Schenkeln (10—12) erfunden, durch deren stumpfen Pol die harte Hirnhaut während des Bohrens abgedrängt wird. Vor Anwendung dieser Fraise wird der Knochen vorbereitend mit einem

spitzen Bohrer bis zu einer gewissen Tiefe angebohrt. Rasch arbeitet diese kugelförmige Fraise in Verbindung mit dem kostspieligen Elektromotor und ziemlich langsam in Verbindung mit einem gewöhnlichen Drillbohrer, welcher obendrein nicht so gefährlich ist in weniger geübten und festen Händen, welche nicht immer fähig sind, rechtzeitig dem Instrumente bei 2500—3000 Drehungen in der Minute die gewünschte Richtung zu geben. Wenn ich mich dazu entschließe, noch eine neue Kombination vorzuschlagen, so thue ich es, getrieben vom Wunsche, eine noch größere Gefahrlosigkeit und Vereinfachung der Technik zu erreichen.

Die Trepanation wird ausgeführt mit Hilfe des Drillbohrers von E. Braatz (Fig. 1 in $^1/_2$ natürl. Größe; man kann natürlich einen beliebigen Drillbohrer benutzen), und zwar folgendermaßen. Zuerst

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



wird der Knochen bis auf eine gewisse Tiefe mit einem lanzenförmigen Bohrer angebohrt, bei dem sich die Schneiden unter einem spitzen, noch besser und gefahrloser unter einem stumpfen Winkel treffen (Breite = 10 mm, Länge = 63 mm. Fig. 2, $^2/_3$ natürl. Größe). Doch, um nicht gleichzeitig in die Schädelhöhle einzudringen, wird der Bohrer zur Vorsicht mit einem konischen korbförmigen Protektor (Fig. 3, $^2/_3$ natürl. Größe) armirt, aus dessen unterem Ringe die Spitze des Bohrers auf einige Millimeter heraustritt. Sobald der Bohrer, welcher sich zusammen mit dem Protektor dreht, so weit in die Tiefe dringt, dass der Ring das Schädeldach berührt, so wird ein weiteres Vordringen unmöglich. Dann verschiebt man den Protektor auf 1—2—3 mm weiter nach oben, je nach der Dicke des Knochens, und führt den Bohrer von Neuem in die Trepanationsöffnung ein. Auf diese Weise verfährt man so lange (1—2 Minuten), bis man eine kleine Öffnung in der Lamina vitrea erhalten hat. Dann

stellt man den geknöpften Bohrer (Fig. 4, $^2/_3$ natürl. Größe; Breite 10 mm, Länge 65 mm) ein, welcher anstatt der Spitze einen cylindrischen Knopf mit schräg herablaufenden, schneidenden Rändern hat. Dank der letzteren Einrichtung wird der an der Peripherie der Trepanationsöffnung zurückgebliebene Knochen herausgebohrt, wobei sich der Knopf allmählich immer tiefer senkt und dabei die Dura mater (Fig. 5, $^2/_3$ natürl. Größe) vor sich abdrängt, während der Protektor eine jede Möglichkeit eines gleichzeitigen Eindringens in die Schädelhöhle beseitigt. Nach Maß des tieferen Eindringens wird die Schutzvorrichtung allmählich höher und höher geschoben; dabei kann man sich mit Hilfe einer seitlich angebrachten Schraube jedes Mal überzeugen, dass dieselbe am Bohrer genügend feststeht. Während des Bohrens muss man den Drillbohrer recht fest andrücken. Die Bohröffnung ist sehr rein und mit gleichen inneren und äußeren Rändern. Um einen Begriff zu geben, mit welch

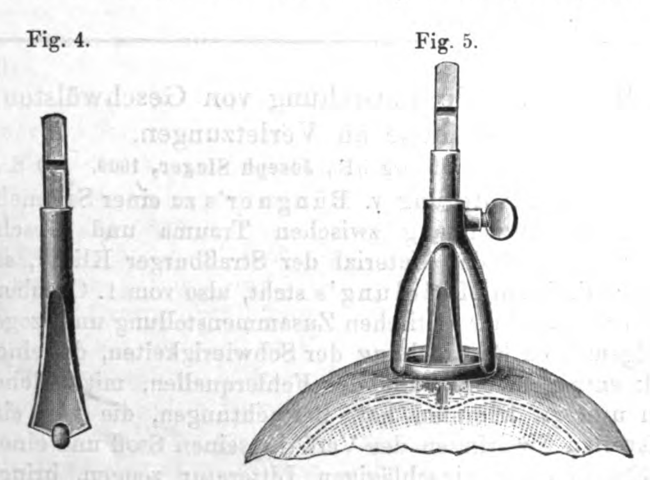


Fig. 4. Fig. 5.

einer Geschwindigkeit man arbeiten kann, weise ich nur darauf hin, dass von mir an der Leiche im Verlaufe von 20 Minuten 5 Öffnungen im Schädel geschaffen worden sind einschließlich der Hautschnitte und der Ablösung des Periosts: eine Trepanation in der Gegend des Stirnhöckers, 2 über den Sinus transversus, eine über den Sinus longitudinalis und eine im Scheitel. Keinmal wurde die Dura verletzt. Dasselbe gute Resultat ergab sich in mehreren Fällen am lebenden Menschen am Schläfenknochen, am unteren Theile des Scheitelbeines und am Hinterhauptsbeine. Das Anbohren des Warzenfortsatzes zum Beginne der Operation geht auch ganz eben so gut und schnell von statten. In einigen Fällen mit vorgelagertem Sinus wurde derselbe nicht verletzt und von vorn herein seine Lage bestimmt. Bei Sklerose des Warzenfortsatzes wird die Operationsdauer sehr verkürzt; es werden mehrere Löcher neben einander angelegt und mit Meißel oder mit der Luer'schen Zange vereinigt, indem die Knochenbrücken entfernt wurden. Auf diese Weise erspart man

dem Pat. die unnöthigen Erschütterungen, was im Falle eines latenten inkapsulirten Hirnabscesses von Wichtigkeit ist, da die Wand desselben, wie man dies aus der Litteratur sieht, einen Riss geben kann mit nachfolgendem letalem Ausgange.

Vortheilhaft ist es, noch einen Knopfbohrer mit kleinem Knopfe zu haben, aber eben so auch Bohrer mit einem größeren Querdurchmesser. Was den Protektor anbetrifft, so kann er natürlich auch mit Vortheil beim Bohren mit Hilfe des Elektromotors benutzt werden. Nach Wunsch und entsprechend der beabsichtigten Trepanation kann er in den verschiedensten Größen angefertigt werden. Während des Bohrens müssen die Weichtheile etwas stärker auseinander gehalten werden, um ein Reiben und einen Druck von Seiten des Schutzringes zu vermeiden.

Die beschriebenen Instrumente sind elegant und solid vom »Medicinischen Waarenhause« hergestellt, wofür ich demselben meinen Dank äußere.

---

1) **A. Machol.** Die Entstehung von Geschwülsten im Anschlusse an Verletzungen.

Inaug-Diss., Straßburg i/E., **Joseph Singer,** 1900. 130 S.

Folgend der Anregung v. Büngner's zu einer Sammelforschung über den Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwulstentwicklung hat Verf. das Material der Straßburger Klinik, seitdem sie unter der Direktion Madelung's steht, also vom 1. Oktober 1894 bis 1. Oktober 1899 einer kritischen Zusammenstellung unterzogen. Nach einer allgemeinen Besprechung der Schwierigkeiten, die einer solchen Statistik entgegenstehen und der Fehlerquellen, mit welchen sie zu rechnen und zu kämpfen hat, Betrachtungen, die von einem verständnisvollen Eindringen des Verf. in seinen Stoff und einem gründlichen Studium der einschlägigen Litteratur zeugen, bringt M. die kurzen Krankengeschichten derjenigen Fälle, in welchen von Seiten der Kranken ein vorangegangenes Trauma für die Entstehung der Geschwulst verantwortlich gemacht worden war. Er ordnet diese Fälle in drei große Gruppen: I. Carcinome, II. Sarkome, III. »Anderweitige Geschwülste«, jede der ersten beiden Gruppen wieder in zwei Abtheilungen, deren erste diejenigen Fälle umfasst, in denen der Einfluss des Traumas die Bildung einer Geschwulst auf anscheinend völlig intaktem Boden verursachte, während die zweite diejenigen enthält, bei denen bereits an der Stelle der Affektion eine Abnormität, z. B. eine Warze oder Narbe, bestanden hat, die von dem Insult betroffen wurde, bezw. durch ihn entstanden war. Maßgebend für die Annahme einer »Wahrscheinlichkeit« des Zusammenhanges zwischen einer Neubildung und einem vorangegangenen Trauma ist für M. die Gutachtenpraxis, wie sie die Unfallgesetzgebung gezeitigt hat, und er folgt den Grundsätzen, wie sie Thiem in seinem »Handbuch der Unfallerkrankungen« aufgestellt hat, wonach die Neubildung

an der Stelle der ursprünglichen Gewalteinwirkung entstanden sein muss, wonach zwischen Unfall und Ausbruch der Erkrankung eine Brücke von Erscheinungen vorhanden sein muss, die den ursächlichen Zusammenhang mit der Verletzung auch in zeitlicher Beziehung begreiflich, bezw. wahrscheinlich erscheinen lässt, und wonach endlich sich die Neubildung spätestens innerhalb eines gewissen — für die einzelnen Arten von Geschwülsten näher bestimmten — Zeitraumes gezeigt haben muss. Er verkennt dabei nicht, dass eine so gefundene »Wahrscheinlichkeit« im Sinne des Gesetzes noch lange nicht eine solche im Sinne der Wissenschaft zu sein braucht.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend findet M. unter 920 Geschwülsten 24 = 2,6%, bei denen die Entstehung der Geschwulst auf ein vorausgegangenes einmaliges Trauma mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen war, während ein solcher Zusammenhang in 39 Fällen von den betr. Pat. behauptet wurde. Die einzelnen Geschwulstarten betheiligten sich dabei in folgender Weise: 502 Carcinome mit 8 Fällen, 155 Sarkome mit 11 Fällen, 263 »anderweitige Geschwülste« mit 5 Fällen.

M.'s Procentzahl bleibt also wesentlich zurück hinter der der meisten anderen Statistiken, was Verf. wohl mit Recht darauf zurückführt, dass er an die Angaben der Pat. mit schärferer Kritik herangetreten und auch sonstigen Fehlerquellen nach Möglichkeit aus dem Wege gegangen ist.

Anhangsweise bringt er noch eine Zusammenstellung derjenigen Fälle, in welchen geringfügige chronische traumatische Reizungen als Ursache der Geschwulstbildung bezeichnet wurden, mit dem Ergebnis, dass solchen chronischen Reizen zwar ein wesentlich höherer Werth als den einmaligen heftigen Insulten bei der Frage nach der Ätiologie der Geschwülste beizumessen ist, dass aber auch hier das Trauma »niemals allein die Größe sein wird, die wir einsetzen können an Stelle des unerforschten ‚unbekannten X'«.

Als Resultat seiner Arbeit kommt M. zu dem Schlusse, »dass das Trauma einen Umstand darstellt, in dessen Gefolge wir, so weit ein einmaliger Insult in Frage steht, sehr selten, etwas häufiger so bald es sich um wiederholt einwirkende Reize handelt, eine Neubildung sich entwickeln sehen, dass aber durch nichts die Annahme gerechtfertigt wäre, in diesem Umstande die eigentliche, letzte Ursache, die Causa essentialis zu erblicken«.

Die sehr fleißige, mit gründlicher Sachkenntnis und umsichtiger Kritik geschriebene Arbeit erhebt sich in erfreulicher Weise über das Durchschnittsniveau der Dissertationen; schade, dass zahlreiche, zum Theil sinnentstellende Druckfehler die Lektüre derselben beeinträchtigen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

2) **Brieger** und **Neufeld.** Zur Diagnose beginnender Tuberkulose aus dem Sputum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Um auch die Anfangsfälle der Tuberkulose zu erkennen, ist es nothwendig, dass der Auswurf nicht allein auf Tuberkelbacillen, sondern auch auf andere Bakterien, speciell die der sog. Mischinfektion, untersucht wird, dass die Untersuchung, sobald keine Tuberkelbacillen gefunden sind, mehrfach und in längeren Zwischenräumen gemacht wird, dass in allen nach mehrfacher Untersuchung zweifelhaften Fällen die Tuberkulineinspritzung gemacht wird. Dieselbe ist durchaus gefahrlos und giebt einen sicheren Ausschlag. Zur Illustration der Sätze werden aus einer Reihe von Fällen 4 Krankengeschichten von Phthisen mitgetheilt, die monatelang, selbst bei genauester Untersuchung im Krankenhause, keine Tuberkelbacillen zeigten.

Borchard (Posen).

---

3) **C. J. Schabad.** Zur Diagnose, Kasuistik und Therapie des Hydropneumothorax.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. No. 1. [Russisch.])

S. fand — gleich Jaworski und Kienböck — bei der Röntgenuntersuchung folgende typischen Symptome des Sero- (resp. Pyo-) Pneumothorax: die kranke Brusthälfte ist oben sehr hell; der vom Exsudate herrührende Schatten oben durch eine horizontale Linie begrenzt, die vorn und hinten gleich hoch steht, sich bei der Inspiration hebt, bei der Exspiration senkt und beim Athmen, Herzstoß, Husten und Veränderungen der Körperlage wellenförmige Bewegungen zeigt. Ist eine genügende Menge Luft vorhanden, und berührt bei linksseitigem Leiden das Herz die Flüssigkeit nur mit der Spitze, so entstehen beim Herzstoße eigenthümlich plätschernde metallische Geräusche; bedeckt die Flüssigkeit das ganze Herz, so wird das Phänomen unmöglich. Schon sehr früh fühlen die Pat. selbst die Wellenbewegung der Flüssigkeit, was die Diagnose erleichtert. Bei großen tuberkulösen Exsudaten ist die Thorakocentese mit Entleerung der Flüssigkeit angezeigt; ist bei Pyopneumothorax die Lungenöffnung geschlossen, so kann man die Pleurotomie oder die Rippenresektion ausführen. Bei gefahrdrohender Luftansammlung (offener Lungenfistel) ist das Liegenlassen der Trokarkanüle für längere Zeit angezeigt zur Entleerung der Luft (in einem Falle des Verf. wurde dadurch das Leben um ein paar Wochen verlängert). Bei Pyopneumothorax bildet die Ausspülung der Pleura nach Lewaschow ein gutes Palliativmittel (1 Fall). Verf. bringt 7 Krankengeschichten mit 2 Röntgenbildern.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **Jonnesco.** Nouveaux procédés de sutures abdominales sans fils perdus.

(Extrait de la Presse méd. 1899. No. 87.)

In No. 3 dieses Blattes 1899 hat J. eine Methode der temporären Silbernaht zum schichtweisen Verschluss der Wunde bei Radikaloperationen von Brüchen beschrieben. Desselben Verfahrens bedient er sich nun noch zum Verschluss von Laparotomiewunden, und zwar in drei Modifikationen. Statt des Silbers verwendet er jetzt den billigeren und geschmeidigeren Aluminiumbronzedraht. Unter Zuhilfnahme der Beschreibung und der Abbildungen in der citirten Arbeit wird es leicht sein, die nachstehenden Andeutungen zu verstehen:

Bei der ersten Modifikation wird der Bauch in der Mittellinie incidirt, und es werden durch flachliegende U-förmige Schlingen in drei Etagen das Bauchfell, die Fascie und die Haut vereinigt.

Beim zweiten Verfahren wird die vordere und hintere Wand der einen Rectusscheide seitlich von der Linea alba eröffnet. Flachliegende U-förmige Schlingen vereinigen in drei Etagen erstens Bauchfell und hintere Rectusscheide, zweitens M. recti, drittens vordere Rectusscheide, wobei bei der zweiten Etage die Öffnung der Schlingen nach der entgegengesetzten Seite wie bei den zwei anderen Etagen sieht. Die Haut wird mit Knopfnähten aus Crin de Florence vereinigt.

Am meisten empfiehlt J. die dritte Modifikation. Es werden beide Rectusscheiden neben der Linea alba eröffnet und diese letztere nach Zurückdrängen der Recti exstirpirt. Die einzelnen gut isolirten Schichten werden dann wieder durch U-förmige Drahtschlingen in innige Verbindung mit einander gebracht. Die Schlingen liegen aber nicht flach, sondern senkrecht zur Bauchfläche und dringen nach einander durch folgende Schichten: Haut (3 cm vom rechten Hautrand), Unterhaut, vordere Rectusscheide, hintere Rectusscheide sammt Bauchfell rechts, dann links hintere Rectusscheide und Bauchfell, vordere Rectusscheide, nun wendet sich der Draht wieder rechts, durchdringt nochmals die vordere rechte Rectusscheide und die Haut, auf der er 1 cm vom Einstich entfernt näher der Mittellinie wieder zum Vorschein kommt. Naht der Haut mit Crin de Florence.

Die Drähte werden 10 Tage liegen gelassen, nach 3 Wochen stehen die Pat. auf, eine Leibbinde wird nicht getragen. Bei 44 Laparotomien hat J. das Verfahren angewendet, 29mal nach den ersten beiden Modifikationen, 15mal nach der letzten.

Stets wurden prima reunio erreicht, in den erstoperirten Fällen konnte nach einem Jahre stets eine lückenlose solide Narbe konstatirt werden. **Fr. Brunner** (Zürich).

5) **J. Weber.** Zur Kasuistik der subphrenischen Abscesse nach Appendicitis

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 423.)

W. publicirt die einschlägigen Beobachtungen Sonnenburg's, womit ein statistisch so wie klinisch sehr lehrreicher Beitrag zum Kapitel des suphrenischen Abscesses nach Appendicitis geliefert ist. Unter im Ganzen 600 von S. operirten Fällen von Blinddarmentzündung waren 9 = 2,5% mit subphrenischem Abscesse komplicirt. Der letztere wurde 2mal nicht operirt (beide Fälle †), 7mal operirt, wovon 4 genasen, 3 †; also 58% Heilung in den operirten Fällen. Für die Ätiologie der subphrenischen Eiterung ist der Situs des Wurmfortsatzes von Wichtigkeit; in 6 Fällen fand derselbe sich nach oben gegen die Leber hin geschlagen. Die Eiterung kann sowohl retro- als auch intraperitoneal sein, das letztere anscheinend häufiger. Wahrscheinlich entwickeln sich die Abscesse dem Situs des Wurmfortsatzes entsprechend, je nachdem dieser bald extra- bald intraperitoneal gelegen ist, ebenfalls in gleicher Lage. 6 Fälle waren auch mit (supraphrenischem) Pyothorax komplicirt, wobei sich einmal eine thalergroße Zwerchfellperforation vorfand. Da die klinischen Symptome nicht immer deutlich genug zu einer sicheren Diagnose hervortreten, ist die Probepunktion zum Eiternachweise von großer Wichtigkeit. Außer dieser kann ein starkes Ödem der Lendengegend die Krankheit erkenntlich machen. Therapeutisch ist breite Incision mit Rippenresektion als Regel aufzustellen, und hat man thunlichst die Miteröffnung einer noch gesunden Pleurahöhle zu vermeiden, da eine solche, wie einer der Fälle lehrt, zu Pyopneumothorax führen kann. Nachbehandlung: Drainage ohne Ausspülungen.

Die beigefügten ausführlichen Krankengeschichten werden jedem Praktiker besonders werthvoll sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

6) **G. de Francisco.** Über die Lehre der Bruchentzündung ohne Einklemmung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Verf. giebt, auf mehr als 60 Fälle der Czerny'schen Klinik gestützt, ein zusammenfassendes Bild über Ätiologie, klinische Erscheinungen und Therapie der Bruchentzündungen.

Als Ursache jeder schwereren Bruchentzündung sind Bakterien anzusehen, im Übrigen kommen ätiologisch Traumen, Cirkulationsstörungen, enteritische Geschwüre und Fremdkörper in den vorgefallenen Därmen, Entzündungsprocesse der Umgebung und Anderes mehr in Betracht. Entzündungen von Netzbrüchen und leeren Bruchsäcken sind häufiger als solche von Darmbrüchen. Die akute Entzündung beginnt mit venöser Stauung und seröser Durchfeuchtung oder aktiver Hyperämie und festerer Infiltration. Im weiteren Verlaufe kann Eiter-

bildung, Nekrotisirung des Bruchinhaltes und selbst Darmperforation eintreten, es kann ferner durch Fortleitung des Processes zu allgemeiner Peritonitis und andererseits zu Abscedirung nach außen kommen. Chronische Entzündungen führen zu Hypertrophie, Verhärtung und Retraktion der vorgefallenen Theile so wie zu mehr oder minder ausgedehnten Verwachsungen, die ihrerseits wieder Einklemmungserscheinungen im Gefolge haben können. Bezüglich der Therapie ist nach Verf. bei Bruchentzündungen stets die Operation vorzuziehen. Sie ist das beste und sicherste Mittel, um die Lebensgefahr vom Kranken abzuwenden. **Honsell** (Tübingen).

---

7) **E. Martin.** Beitrag zur Symptomatologie des eingeklemmten Harnblasenbruches.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 468.)

M. operirte im Kölner Alexianerkrankenhause selbst folgenden Fall:

51jähriger Mann, seit Jahren einen rechtsseitigen reponiblen Leistenbruch tragend, welcher sich unter alsbald folgenden sehr heftigen Koliken und Erbrechen einklemmt, doch fehlte Verstopfung und Verhaltung von Winden. Die 24 Stunden danach vollzogene Herniotomie führt auf einen inneren Leistenbruch, der keinen Bruchsack besitzt. Das walnussgroße, stark fettbedeckte sich findende Brucheingeweide erregt den Verdacht eines Blasenbruches und wird als solcher palpatorisch durch Einführung eines Katheters erkannt. Reposition und Vollendung der Operation sind leicht. Heilung. Nachträglich wird anamnestisch festgestellt, dass Pat. seit Eintritt der Einklemmung ausgeprägte Urinbeschwerden gehabt hatte, nämlich brennenden Schmerz in der Harnröhre beim Uriniren und heftigen Harndrang. Diese Erscheinungen sind als zweifellose Blaseneinklemmungssymptome zu deuten, die außerdem vorhandenen »Koliken« nur als lokale Schmerzen, ebenfalls in Folge der Blasenincarceration.

M. hat im Anschlusse an den eigenen Fall die vorhandene Blasenhernienkasuistik auf vorhandene Blasen-Urinbeschwerden bezw. Symptome geprüft. Die meisten Autoren nehmen an, dass solche Beschwerden sehr selten seien oder ganz fehlen, und dass im Einklemmungsfalle nur zweideutige, der Darmeinklemmung analoge Erscheinungen vorhanden seien. M. ist bei seiner Untersuchung zu anderen Resultaten gekommen. Er giebt zu, dass in den bei der modernen Bruchradikaloperation häufig zur Beobachtung kommenden »artificiellen« oder »operativen« Blasenbruchfällen keine charakteristischen Blasensymptome zu erwarten sein werden; bei den echten Blasenhernien findet er bei genauer Durchsicht der Krankengeschichten gar nicht selten dergleichen Symptome notirt. Er hat aus der Litteratur 17 Fälle zusammengestellt, bei denen sich in eingeklemmten Brüchen nur die Blase fand, dazu 11 Fälle, wo neben der Blase sich Darm bezw. Netz und Darm fand. Bei der Blaseneinklemmung, die eben so wie die Darmeinklemmung alle Grade der Cirkulationsstörung von der Stauungshyperämie bis zum Brande herbeiführt, finden sich sowohl allgemeine Einklemmungssymptome als typische

Blasensymptome. Die ersteren bestehen ähnlich wie bei der Darmeinklemmung in Kolikschmerzen, auch wohl reflektorischem Erbrechen, doch fehlt die Darmverstopfung. Von Blasensymptomen fand M. in dem gesammelten Materiale 6mal heftigen Urindrang notirt, 3mal Urinretention und 2mal Schmerzen beim Uriniren. Höchst wahrscheinlich werden dergleichen Erscheinungen aber regelmäßig bei der Blaseneinklemmung zu Stande kommen und sie würden noch häufiger notirt worden sein, wenn sie nicht einfach übersehen oder als nebensächlich unbeachtet geblieben wären. In Zukunft dürfte bei größerer Achtsamkeit auf die Blasenbeschwerden auch die früher so oft verfehlte Diagnose der Blasenhernie häufiger bereits vor der Operation zu stellen möglich sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **Boas.** Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 7 u. 8.)

Bei der Besprechung der chirurgischen Therapie des Dickdarmcarcinoms weist B. darauf hin, dass dasselbe erst in relativ spätem Stadium Drüsenmetastasen macht, und dass desshalb die operativen Aussichten keine ungünstigen sind, vorausgesetzt, dass es sich um medulläre, stark jauchende Carcinome handelt.

Borchard (Posen).

---

9) **Trendelenburg.** Über Milzexstirpation wegen Zerreißung der Milz durch stumpfe Gewalt und über die Laparotomie bei schweren Bauchkontusionen überhaupt. (Aus der chir. Universitätsklinik in Leipzig.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 40 u. 41.)

T. theilt 6 Fälle von Milzexstirpation mit, von denen 4 tödlich verliefen, 2 zur Heilung kamen.

4mal handelte es sich um eine Ruptur der Milz allein, 1mal um eine gleichzeitige Zerreißung des linken Leberlappens, 4mal um eine solche der linken Niere und des rechten Leberlappens. — In einem Falle war die Milz ums Doppelte vergrößert; gerade hier hatte nur ein verhältnismäßig geringfügiges Trauma eingewirkt.

Die Diagnose ließ sich in einigen Fällen sofort stellen. Es ist dann stets so bald wie möglich zu operiren.

Bemerkenswerth ist, dass bisweilen die Patt. gleich nach dem Unfalle noch gehen können, und sich erst nach $1/2$ Stunde Erbrechen, heftiger Schmerz und Schwächegefühl einstellt, bis der lokale Schmerz, der sich allmählich ausbreitet, die Spannung der Bauchmuskulatur, die Dämpfung in der Milzgegend und in den abhängigen Bauchpartien zugleich mit den zunehmenden Symptomen innerer Verblutung die Diagnose leicht machen. Nicht so einfach ist die Sachlage, wenn — wie bei Überfahrenen — das Trauma auf eine größere Partie des Bauches eingewirkt hat, und eben so gut eine Leber- wie eine Milzzereißung vorliegen kann.

Von einem Schnitte in der Mittellinie aus lassen sich nach Entleerung des Blutes Leber wie Milz abtasten.

T. bespricht dann die Differentialdiagnose von der Magen- und Darmruptur. Praktisch liegt die Sache so, dass, sobald es überhaupt wahrscheinlich ist, dass mehr vorliegt als eine bloße Bauchkontusion, beim heutigen Stande der Chirurgie in allen Fällen die Laparotomie indicirt ist.

Der Chok kann bei Blutungen aus der Milz und Rupturen fehlen, bei bloßen Kontusionen vorhanden sein. Eher Bedeutung für die Diagnose hat das Erbrechen, dass bei bloßen Kontusionen seltener ist, besondere Bedeutung aber hat, wenn es gleich nach dem Unfalle auftritt. — Sehr heftiger Schmerz spricht für eine innere Verletzung, Schmerzlosigkeit nicht dagegen. Der Druckschmerz ist oft für den Sitz der Ruptur charakteristisch und nimmt bei Vorhandensein einer solchen meist bald zu. Bei bloßen Kontusionen fehlt fast stets das Symptom der toxischen Anspannung der Bauchmuskulatur. Tympanie des Darmes bei Verletzung desselben pflegt erst nach 12 Stunden aufzutreten, krampfhafte Kontraktion der Darmschlingen kann dagegen schon durch den äußeren mechanischen Insult hervorgerufen werden.

T. schlägt auf alle Fälle vor, bei deutlicher Spannung der Bauchmuskulatur und Druckempfindlichkeit des Bauches, besonders wenn diese Erscheinungen nicht schnell ab-, sondern zunehmen, ohne Säumen die Laparotomie zu machen.

Bei ganz zweifelhafter Diagnose genügt ein kleiner Probeschnitt unterhalb des Nabels, um aus der Beschaffenheit der ausströmenden Gase oder Flüssigkeit die Diagnose zu stellen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

10) **F. Leppmann.** Über die echten Cysten der Leber.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 446.)

L. berichtet zunächst folgenden von R. Schultze im evangelischen Krankenhause zu Düsseldorf operirten Fall.

14jähriges Mädchen, seit $1^1/_2$—2 Jahren mit einer gar keine Beschwerden verursachenden »Leibesvorstreckung« behaftet, erst seit 14 Tagen über Leibschmerzen rechterseits klagend, wesshalb Aufnahme im Spitale. Nie Ikterus. Vorwölbung der rechten Bauchseite durch eine kuglige, fluktuirende Geschwulst von der Leberdämpfung bis zum Darmbeinstachel. Bei der Laparotomie zeigt sich die kindskopfgroße, prall elastische Geschwulst breit mit der unteren Leberfläche zusammenhängend, vorn theilweise mit einer dünnen Schicht Lebergewebe gedeckt. Punktion der vorgezogenen Geschwulst, wodurch sich ca. 1500 ccm bräunlicher Flüssigkeit entleeren. Dann wird, da die Totalexstirpation unthunlich erscheint, die Cystenwand möglichst weit in die Wunde gezogen und mit den Rändern der letzteren vernäht. Nach 4 Tagen Abtragung des vorgenähten Sacktheiles, wobei ziemliche arterielle Blutung. Die Innenwand der sich weit in die Leber einwölbenden Cyste ist spiegelnd glatt. Tamponade derselben. Ausgang in Heilung mit Hinterbleib einer kleinen Schleimfistel. Die Cystenflüssigkeit enthielt keinen Zucker und keine Bernsteinsäure, wohl aber viel Schleim und Eiweiß, Zellendetritus und entartete epitheloide Zellen. Die sorgsam mikroskopirte Cystenwand zeigt sich

innen mit hohem Cylinderepithel ausgekleidet; sie ist bindegewebig gebaut, aus drei gesonderten Schichten bestehend, deren innerste sehr gefäßreich, und deren äußere kleinzellig infiltrirt und von einem System verzweigter gewundener Kanälchen durchzogen ist, höchst wahrscheinlich erweiterten Gallengängen. Anatomisch ist der Fall nicht sicher zu klassificiren, da der Mutterboden der Geschwulst nicht mit zur Untersuchung gelangte; wahrscheinlich ist aber ein »Kystadenom« anzunehmen.

An die kasuistische Mittheilung schließt L. eine allgemeine Besprechung der Lebercysten vom anatomischen so wie klinisch-chirurgischen Standpunkte. Er theilt die Cysten anatomisch ein in 1) Gallenstauungscysten (Virchow). Inhalt Galle bezw. Schleim oder Serum nebst Cholesterin, Pigment, Hämatoidin. Meist haselnuss- bis walnussgroße Säcke, in seltenen Fällen aber auch erheblich größere. 2) Flimmerepithelcysten (mit Flimmerzellenbesatz der Innenwand), bislang 14 Fälle bekannt. v. Recklinghausen erklärt diese Cysten als Schleimstauungscysten, Zahn sieht sie als Geschwulstbildungen von den Resten einer bisher unbekannten Organanlage an. 3) Dermoidcysten. Nur ein Fall von Meckel. 4) Epitheliale Kystome (Kystadenome). Echte Neoplasmen, wahrscheinlich von den Gallengängen ausgehend. Die sogenannte »cystöse Leberdegeneration« gehört nach L. wahrscheinlich hierher. 5) Lymphcysten, sehr seltene und meist klein und bedeutungslos bleibende Bildungen.

Es folgt eine gedrängte Übersicht von ca. 20 Fällen, die durch chirurgische Behandlung interessant geworden. Leider ist hier die Berichterstattung allzu lakonisch und beschränkt sich fast lediglich auf Nennung des Autornamens und Mittheilung des anatomischen Operationsbefundes. Eine gleichzeitige etwas eingehendere Beibringung aller zugehörigen klinischen Daten hätte diese Zusammenstellung erheblich lehrreicher machen können. Allerdings bespricht L. dann noch die allgemeine Diagnostik und Therapie der Lebercysten, wobei nachträglich von den gesammelten Fällen manche Einzelheiten erwähnt werden. Operativ-therapeutisch ist Punktion zu verwerfen, vielmehr Radikalexcision in erster Linie zu empfehlen. Doch wird man sich bei Unthunlichkeit dieser nicht selten mit Incision und Drainage begnügen müssen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) **Wagner.** Zur Kasuistik der Pankreas- und abdominellen Fettgewebsnekrose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Verf. referirt über 5 Fälle von Pankreas- und Fettgewebsnekrose aus dem Karlsruher städtischen Krankenhause und knüpft hieran eine eingehende Besprechung des Krankheitsbildes, insbesondere der Pathogenese derselben, wobei er zu folgenden Schlüssen gelangt:

1) Pankreasaffektionen sind die Ursachen der Fettgewebsnekrosen.

2) Die Pankreasnekrose entsteht in Folge von Traumen, der hämorrhagischen und purulenten Pankreatitis, der Atheromatose der

Gefäße und in seltenen Fällen als Fortsetzung von geschwürigen Processen aus der Nachbarschaft des Organes.

3) Die Verjauchung des Organes kommt meist durch sekundär in das brandige Gewebe vom Darme her eingewanderte Mikroorganismen zu Stande.

4) Von den Pankreaskrankheiten ist die Nekrose der Drüse eine der häufigsten Ursachen der Fettnekrosen.

5) Der einmalige Befund von Bakterien in Fettnekroseherden ist nicht als beweisend für eine bacilläre Natur letzterer Krankheit anzusehen.

6) Die Einwirkung des Pankreas auf das Fettgewebe geschieht entweder durch direkte Berührung seines Sekretes mit letzterem oder auf dem Wege einer bis jetzt noch unaufgəklärten, wechselseitigen Beziehung zwischen beiden Gebilden.

Die Behandlung kann im akuten Beginne nur eine symptomatische sein, dagegen ist die Indikation zu chirurgischem Eingreifen gegeben, sobald die Symptome der Nekrose und Jauchung auftreten.

Honsell (Tübingen).

---

12) **L. Zoja** (Pavia). Über einige klinische Merkmale bei der Diagnose einer Geschwulst des Pankreaskopfes.

(Policlinico 1899. Juli 1 u. August 1.)

Mittheilung von 8 einschlägigen Fällen:

1) Primäres Carcinom des Pankreaskopfes: Schmerzen in der Regio epigastrica, intensiver Ikterus, Leber wenig vergrößert, von etwas ungleicher Oberfläche; Gallenblase erheblich dilatirt, bisweilen eine Geschwulst unterhalb des Leberrandes zu fühlen; rasche Abmagerung. Untersuchung des Stuhles ergiebt: relativ wenig Seifen, dagegen viel Neutralfett und freie Fettsäuren, wie auch Amylum. Diagnose durch Sektion bestätigt; die Leber etwas cirrhotisch, enthält eine Reihe von Metastasen. — 2) Katarrhalische Affektion der Gallenwege: ähnliche Symptome wie im ersten Falle (starker Ikterus, Leber, nicht vergrößert, erhebliche Dilatation der Gallenblase, Schmerzen im Epigastrium); dabei aber Magensymptome; Stuhl enthält viel Seifen, keine Fett-Tropfen, wenig Fettsäuren. — 3) Krebs des Pankreaskopfes (mit Autopsie): ebenfalls Ikterus, Schmerzen im Epigastrium, Abmagerung, starke Ausdehnung der Gallenblase. Leberoberfläche ungleich, Leberrand reicht tiefer herab als normal. Keine Magensymptome. Stuhl enthält reichlich Fett (Steatorrhoe), so wie Stärkekörner, wenig Seifen. Stoffwechselversuche ergaben, dass von dem mit der Nahrung eingeführten Stickstoffe 70% im Stuhl wieder erschienen, vom Fett 86%. — 4) Carcinom des Pankreas (durch Sektion bestätigt): Ikterus, Leberoberfläche glatt, Gallenblase nicht zu fühlen. Im Stuhl wenig Seife, sehr viel Fettsäuren und Neutralfett. Die Autopsie zeigte den Choledochus durchgängig; Ductus pancreaticus an seiner Mündung völlig verschlossen. — 5) Carcinom des Pankreaskopfes, übergreifend auf Pylorus und Duodenum; sekundäre Knoten in der Leber. Erscheinungen von Pylorusstenose, Ikterus durch Verschluss des Choledochus. 6) Ähnlicher Fall wie der vorhergehende; Ikterus erst spät auftretend, Choledochus und Ductus pancreaticus durchgängig. — 7) Carcinom des Pankreas und des Ductus choledochus. Ductus pancreaticus bleibt durchgängig (Stuhl enthielt viel Seifen). Drüsenschwellungen in der Fossa supraclavicularis. — 8) Carcinom der Duodenalwand, den Choledochus und Ductus pancreaticus verschließend. Symptome von Magen-Darmstenose. Ikterus, Abmagerung, Vergrößerung der Gallenblase.

Aus den vorliegenden Beobachtungen ergiebt sich, dass die Symptome einer primären Geschwulst (spec. Carcinom) des Pankreaskopfes je nach Lage und Ausdehnung des pathologischen Processes variiren; die Diagnose ist demnach nur relativ selten mit Sicherheit zu stellen. Als die wichtigsten Anhaltspunkte für die Erkennung des Leidens kommen etwa folgende Symptome in Betracht: Verschluss des Choledochus (Ikterus), Verschluss des Ductus pancreaticus, erkennbar an der Beschaffenheit des Stuhles (Fettstühle, relativ große Stickstoffausscheidung, Stärke), abnorme Ausdehnung der Gallenblase, Schmerzen, tastbare Geschwulst, Erscheinungen von Magen-Duodenalstenose, Darmblutung. Zucker wurde niemals im Urin gefunden. Auf Grund einer genauen Analyse der Symptome kann in einer Reihe von Fällen die Diagnose auf »Krebs des Pankreaskopfes« (andere Neubildungen kommen kaum vor) gestellt werden, und es ist bei dem heutigen Stande der Bauchchirurgie vielleicht nicht ausgeschlossen, dass eine solche Geschwulst auch einmal operativ mit Glück entfernt werden kann. **H. Bartsch** (Heidelberg).

Kleinere Mittheilungen.

13) **H. Wildbolz.** Kasuistische und experimentelle Beiträge zur chronischen Osteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 551.)

W. liefert die Krankengeschichte von 5 einschlägigen Fällen aus der Berner Klinik, welche auch skiagraphisch und experimentell-bakteriologisch untersucht sind. Die Befunde liefern indess nur Bestätigungen bereits bekannter Thatsachen. 5 Röntgenbilder zeigen die im Skiagramm sichtbar gewordenen Knochenauftreibungen, die indess auch ohne diese Untersuchungsmethode unzweideutig genug zu finden waren. In dem bei den Operationen gewonnenen Eiter oder Granulationsgewebe waren stets Staphylokokken nachweisbar. Von letzteren hergestellte Bouillonkulturen wurden Kaninchen intravenös injicirt. Die virulente Wirkung der Versuche blieb nie aus, war aber ziemlich ungleich und im Ganzen nicht sehr stark. Staphylococcus albus war 2mal, Staphylococcus aureus 3mal vorhanden. Der Albus war weniger pathogen als der Aureus. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

14) **Levy und Bruns.** Über die Frühdiagnose der Lungentuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 9.)

Es wird Gewicht darauf gelegt, dass zur Untersuchung des Sputums immer die 24stündige Menge zur Verfügung steht, da der Auswurf in den Initialfällen nicht zu allen Tageszeiten Tuberkelbacillen führt. Bei negativem Resultate wird das Thierexperiment zu diagnostischen Zwecken hervorgezogen, da dasselbe oft noch da positive Resultat giebt, wo das Mikroskop versagt.

Borchard (Posen).

15) **Kilian.** Ein vier Jahre lang in der rechten Lunge steckendes Knochenstück auf natürlichem Wege entfernt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Die Einzelheiten des äußerst interessanten Falles sind in der Überschrift angegeben. Es sei nur nochmals auf die Mittheilung hingewiesen.

Borchard (Posen).

16) **R. v. Baracz.** Retrograde Netzincarceration mit Torsion in der Bauchhöhle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 584.)

Eine interessante herniologische Beobachtung, bei der indess Ref. die vom Verf. angenommene retrograde Incarceration nicht für erwiesen anerkennen kann. 42jähriger Pat., seit Jahren einen linksseitigen gänseeigroßen reponiblen Leistenbruch tragend. Beim Aufheben eines schweren Koffers plötzlich reißender Schmerz im Bruche, der sich auch vergrößerte, verhärtete und irreponibel wurde. Es folgten Leibesauftreibung, Fieber und Pulsbeschleunigung ohne Aufhören der Stuhlentleerungen. Bei der Spitalsaufnahme 3 Tage später ist der Bruch nicht besonders geschwollen, sondern enthält nur einen harten, fingerdicken, in den Leistenkanal gehenden Strang. Bei der Operation zeigt sich der letztere als am Bruchsackboden angewachsenes, 5—6mal um die Achse gedrehtes blauschwarz hyperämisches Netz, welches sich palpatorisch durch den Leistenkanal bis in die Bauchhöhle verfolgen lässt und hier in eine große Geschwulst übergeht. Zur Entwicklung der letzteren wird der Herniotomieschnitt durch die Bauchdecken verlängert. Hervorziehung der straußeneigroßen Geschwulst, welche sich oben wieder zu einem schmalen Stiele verjüngte. Der letztere ist wiederum etliche Male um die Achse gedreht und geht in normales Netz über. Operationsbeendigung durch Abbindung und Abtragung der Geschwulst etc. Heilung. Die »Geschwulst« war weiter nichts als hochgradig hyperämisches und durchblutetes Netz und scheint zur Erklärung der Cirkulationsstörungen in ihr so wie der klinischen Pseudoeinklemmungserscheinungen die Abschnürung der Gefäßstämme im oberen Netztheile durch dessen Achsendrehung völlig hinreichend. (Nur auf die anamnestischen Angaben stützt sich B.'s Annahme, dass der Netzklumpen beim Beginne der schweren Erscheinungen noch im Bruchsacke lag und dann auch noch eine Einklemmung erfuhr. Aber auch diese Möglichkeit zugegeben, bliebe noch zu beweisen, dass die Einklemmung eine retrograde war. B. zieht den Fall von Bayer (cf. d. Bl. 1898 p. 462) als Analogon heran. Er ist auch sehr ähnlich, zeigt auch die Achsendrehung als wichtigste Krankheitsursache, daneben aber ist in ihm eine partielle retrograde Incarceration völlig unzweideutig nachgewiesen. Ref.)

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

17) **H. Waitz.** Ein Fall von Heilung einer Peritonitis nach Magengeschwürperforation durch Laparotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 589.)

25jähriges Mädchen, 21 Stunden nach der ganz plötzlich eingesetzten Erkrankung operirt. Da der Ausgangspunkt der Peritonitis aus anamnestischen Gründen in der unteren Bauchhöhle gemuthmaßt wurde, Schnitt vom Nabel zur Symphyse. Entleerung von vieler seröser, trüber Flüssigkeit mit Fibrinflocken unter Auspackung der Därme, Ausschöpfung des kleinen Beckens und reichlicher Salzwasserspülung. Da aber die Beckenorgane und der Wurmfortsatz sich gesund erwiesen, wird auch die obere Bauchhöhle geöffnet und abgesucht. Linsengroße Magenperforation an der kleinen Curvatur nahe der Cardia, aus welcher sich kontinuirlich flüssiger Mageninhalt entleert. Resektion des Geschwüres im Gesunden, wodurch ein 2Markstückgroßer Defekt gesetzt wird. Naht. Zum Schlusse nochmals ergiebige Salzwasserausspülung der Bauchhöhle, die ohne jegliche Drainage geschlossen wurde. Guter Verlauf, während dessen in den ersten Tagen reichliche Salzwasserinfusionen und Klystiere von warmem Wasser mit Kognak verabfolgt wurden.

W. weist besonders darauf hin, dass die ausgiebige Baucheröffnung vom Brustbeine bis zur Symphyse die Bauchreinigung vorzüglich erleichterte, und 2) dass die Salzwasserspülung sich sehr bewährte. Sie regte die vorher meteoristischen Därme zur peristaltischen Kontraktion so kräftig an, dass ihre Reposition keine Schwierigkeiten machte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

18) **W. V. Laws** (Philadelphia). A pneumatic sigmoidoscope.
(Philadelphia med. journ. 1900. Januar 20.)

Um die Gefahren der zur Zeit üblichen langen Sigmoidoskope bei der Untersuchung des oberen Mastdarmabschnittes und der Flexura sigmoidea zu vermeiden, giebt Verf. ein neues Instrument an. Dasselbe besteht aus einem röhrenförmigen durchschnittlich 18 cm langen Spekulum, dessen proximalem Ende ein abschraubbarer Glasdeckel aufsitzt. Durch den Handgriff laufen 2 Elektroden zu einer 5 Kerzen starken Lampe, die innerhalb des Rohres kurz vor seinem Ende liegt. In Verbindung mit dem Spiegel steht ein Luftgebläse. Die Röhren sind in drei Stärken auswechselbar, eben so die Mastdarmsonden (Obturatoren), die die Ausrüstung vervollständigen.

Die Handhabung gestaltet sich nun so, dass zuerst zur Erweiterung des Mastdarmes der Obturator eingeführt wird, an dessen Stelle sodann das Spekulum tritt. Nun wird die Glühlampe eingesetzt, der Glasdeckel aufgeschraubt und mittels des Gebläses Mastdarm und Flexur langsam aufgebläht. Durch Schließen des Stromes ist es möglich, das Innere des Darmes bei gutem Lichte und ohne Gefahr einer Verletzung abzusuchen. — Die nährere Beschreibung mit Abbildungen, so wie die verschiedenen Modifikationen (Ausschaben, Glühen etc.) sind im Originale nachzulesen. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

19) **J. Wolff.** Zur Behandlung der strikturirenden Mastdarmverschwärung. Zugleich ein Beitrag zur Mastdarmplastik.
(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Der Fall betrifft eine luetische Mastdarmstriktur mit Fistelbildung nach der Scheide. Die Fisteln wurden operativ geschlossen. Spaltung der Striktur im Jahre 1890 durch einen Schnitt von der hinteren Mastdarmwand bis zum Steißbeine und Ausschabung. Anfangs Besserung, dann wieder das alte Leiden. 1891 Resektion eines 7 cm langen, die erkrankten Partien umfassenden Mastdarmstückes nach Kraske mit Vorziehen des centralen Endes bis zur Afteröffnung nach Hochenegg. Nur die vorderen Nähte hielten. Der hintere Theil des Mastdarmes zog sich in die Höhe. Es bildete sich eine enorm weite Afteröffnung. Die Schleimhautfläche der vorderen Mastdarmwand lag in einer Ausdehnung von 10 cm und Breite von 6 cm frei zu Tage. Die zunächst dem Defekte liegende Haut hatte nach 2 Jahren eine schleimhautähnliche Beschaffenheit angenommen. Im April 1895 hatte sich ein großer Prolaps ausgebildet, der nach Mikulicz operirt wurde. Recidiv nach kurzer Zeit. Im Oktober 1895 Umschneidung des Defektes durch zwei bogenförmige in der Mittellinie oberhalb des Defektes konvergirende Schnitte, Unterminirung der Lappen, Umklappung nach innen. Es war also ein geschlossenes Mastdarmrohr gebildet, dessen vordere Wand aus der normalen Mastdarmschleimhaut, dessen hintere Wand dagegen aus Haut bestand. Sodann wurde von dem ersten Schnitte aus die Haut weiter auf etwa $1^1/_2$ cm abgelöst und diese neuen Lappen über den ersten Lappen mit einander vereinigt. Trotzdem die Nahtlinien nicht kongruirten, bildeten sich doch kleine Fisteln, die sich aber später bis auf eine ganz kleine Öffnung durch Nachoperation schlossen. Jetzt fungirt die aus Haut gebildete hintere Mastdarmwand wie normale Schleimhaut, und der jahrelang außer Funktion gesetzte Sphinkter hat seine Thätigkeit wieder aufgenommen. Die Pat. hat volle Kontinenz, der Prolaps ist völlig beseitigt. Verf. hält die Resektion in solchen Fällen für das einzige Verfahren, welches die volle Herstellung ermöglicht. **Borchard** (Posen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 19. Mai. 1900.

(Aus der chirurgischen Klinik des Prof. O. Hildebrand in Basel.)

Über den Verschluss des Darmlumens mit der Tabaksbeutelnaht.

Von

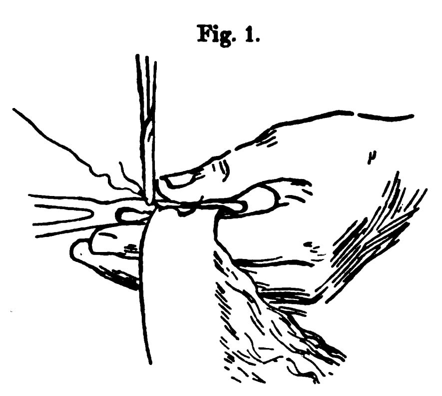
Docent Dr. **Carl S. Haegler.**

Im Anschlusse an die Mittheilungen von de Quervain (d. Centralblatt 1899 No. 27) und von v. Barącz (Ibid. 1900 No. 16) möchte ich kurz eine Modifikation des Darmlumenverschlusses hier aus einander setzen, die ich seit 6 Jahren Kollegen und Studenten oft demonstrirt und nur desshalb nicht weiter bekannt gemacht habe, weil ich erst 1mal Gelegenheit hatte, sie am Lebenden auszuführen (1896). Auf die Mittheilung des ganz ähnlichen Verfahrens von v. Barącz aber, mag eine kurze Beschreibung nicht ohne Interesse sein.

Bei Leichenexperimenten, die ich im Jahre 1894 anstellte, gewann ich die Überzeugung, dass die wurstzipfelartige Abschnürung des Darmes der sicherste Verschluss ist; nur blieb auf diese Weise die Mucosa des Zipfelendes im Kontakte mit der Peritonealhöhle.

Übernähende Serosanähte gaben keine absolute Sicherheit, weil sie beim Wachsen des Innendruckes (Wasserfüllung) fast regelmäßig durch das hierbei nach außen vorgestoßene, trichterförmige Darmende gesprengt wurden. Diese Beobachtung ergab die natürliche Folgerung, dass eine Trichterbildung nach innen die Übelstände nicht haben könnte.

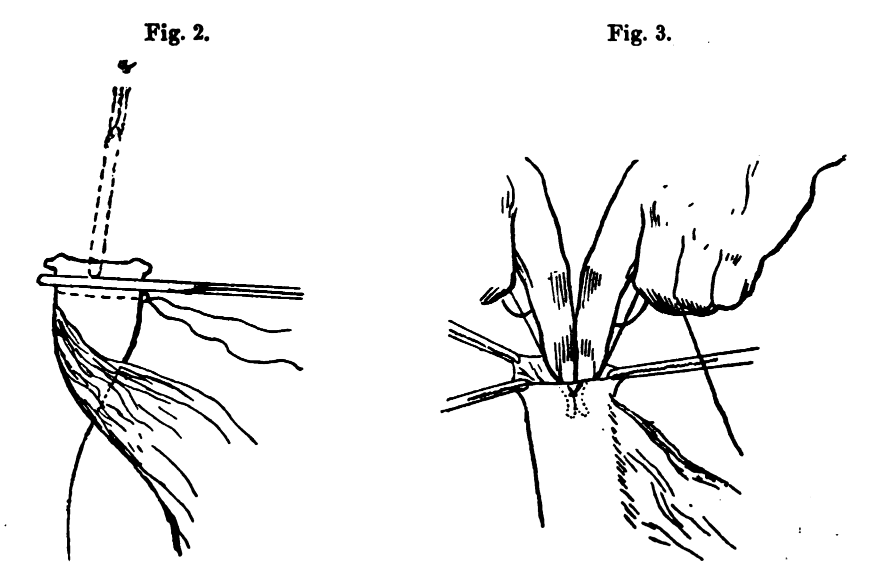
Fig. 1.



Die Versuche bestätigten dies vollständig: Wurde der Endzipfel des Darmes nach innen abgebunden, so erfolgte beim Einleiten des Wassers eher eine Ruptur der Darmwand als eine Durchlässigkeit der abgebundenen Stelle. Der Trichter wurde durch den wachsenden Innendruck komprimirt. v. Frey ist 1895 derselben Idee gefolgt (Über die Technik der Darmnaht. Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. XIV), indem er vermittels einer seitlichen Incision des Darmes das Ende nach innen zog und abband. Die Incision ist aber unnöthig, wie folgende Beschreibung zeigt:

Der Darm wird hart an der Klemme resecirt und um 2—3 cm noch weiter vom Mesenterium gelöst. Während die Klemme mit

Fig. 2. Fig. 3.



Zeigefinger und Daumen gehalten und der Darm auf diese Weise etwas gespannt wird, erfolgt die Anlegung einer cirkulären Schnürnaht (Serosa und Muscularis) (Fig. 1); durch die Drehung des Darmendes um 180°, sobald die Hälfte der Peripherie erreicht ist, kann die Naht ohne Handwechsel ausgeführt werden. Die quer abschließende

Klemme wird nun abgenommen; sie fasst das Darmende senkrecht zur Querrichtung an 2 einander gegenüber liegenden Stellen (Fig. 2 *a*) und stülpt es tief in das Darmlumen (Assistent). Gleichzeitig zieht der Operateur die Schnürnaht fest und knüpft sie. Der ganze Akt nimmt 1—2 Minuten in Anspruch. Wer sich nicht ganz sicher fühlt, kann mit 2 Lembert'schen Nähten den nach innen gekehrten Trichter übernähen. In so fern die Schnürnaht gut angelegt und angezogen ist, wird diese Vorsicht unnöthig, denn je größer der Flüssigkeitsdruck im abgeschlossenen Darmende ist, desto mehr wird der nach innen gekehrte Trichter komprimirt.

---

1) **Hoffa.** Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.
(Sep.-Abdr. aus Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)
Jena, G. Fischer, 1900. 159 S. Mit 80 Abbildungen.

Während eines Zeitraumes von 13 Jahren hat Verf. 264 Fälle von Nervenkrankheiten mit durchgehendem Erfolge orthopädisch-chirurgisch behandelt. Diese Fälle, welche großentheils schon veröffentlicht sind, bilden den Gegenstand der vorliegenden, zusammenfassenden Arbeit. Da in derselben die Grenzen für die orthopädisch-chirurgische Behandlung sehr weit gezogen sind und Verf. unter dieser Behandlung nicht nur die Vornahme entsprechender operativer Eingriffe oder den Gebrauch mechanischer Hilfsmittel, sondern auch die Anwendung von Massage und Gymnastik, von welchen beiden die erstgenannte weitaus den Vorrang genießt, versteht, so ist es einleuchtend, dass die Orthopädie sich so ziemlich auf jedem Gebiete der Nervenheilkunde bewegt, so wie dass sie vielfach eben so mit der physikalisch-diätetischen, wie mit der chirurgischen Therapie zusammenfällt. Es finden sich desshalb hysterische Stimmbandlähmung neben Neurasthenie, Tabes dorsalis und Apoplexia cerebri, plastische Operation bei Facialislähmung neben Sehnenplastik und Arthrodese verzeichnet und beschrieben. Welche Erfolge auf diesem Gebiete von H. erzielt wurden, möge daraus entnommen werden, dass sämmtliche 15 Fälle von Schreibkrampf und sämmtliche 26 Fälle von Ischias als geheilt angegeben werden. War der Erfolg, wie bei der Korsettbehandlung der Neurasthenie und der Tabes dorsalis, auch nicht immer auf eine objektiv annehmbare Besserung der Krankheit zurückzuführen, so waren die therapeutischen Maßregeln doch oft von einer suggestiven Wirkung auf die Pat. begleitet. Bei der Vielseitigkeit des Materiales kann auf die einzelnen Kapitel hier nicht näher eingegangen werden. Von Stützkorsetten und Schienenhülsenapparaten wurde ein ausgedehnter Gebrauch gemacht. In chirurgischer Hinsicht interessiren am meisten die verschiedenen Arten von Lähmungen mit ihren Folgezuständen, welche dem Verf. Veranlassung geben, sich über die mit der Sehnenplastik erreichten Erfolge zu verbreiten, und deren Besprechung den größten Theil der Arbeit in Anspruch nimmt.

Die Sehnenplastik wurde unternommen bei spinaler und cerebraler Kinderlähmung, sowohl an den oberen wie an den unteren Extremitäten, bei angeborener spastischer Gliederstarre, deren Prognose als sehr günstig bezüglich der Therapie bezeichnet wird, falls die Starre auf die unteren Extremitäten beschränkt bleibt, bei cerebraler Hemiplegie und bei traumatischer Nervenlähmung. Als geeignet für die Operation wurden überhaupt alle vorgekommenen paralytischen Kontrakturen und Deformitäten betrachtet, so weit sie der letzten Zeit angehören. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

2) **M. Boigey.** Remarques cliniques et anatomo-pathologiques sur la scoliose des adolescents.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

Bei den Bemerkungen des Verf. interessirt vorwiegend die Bestätigung der Thatsache, dass der auch von dem Ref. wiederholentlich vermisste Beweis für die von Kirmisson angenommene rachitische Natur der Skoliose im späteren Wachsthumsalters durch histologische Feststellungen, wie sie v. Mikulicz für das Genu valgum geliefert hat, worauf Kirmisson sich immer bezieht, auch heute noch aussteht. Die ins Feld geführten Gründe für die Schwierigkeit, ein reines Bild zu bekommen, sind nicht sehr überzeugend. Die von dem Autor selbst beigebrachten Beobachtungen an 4 Wirbeln von 2 Individuen betreffen auch nur einige makroskopische Eigenthümlichkeiten, die histologische Untersuchung musste unterbleiben, »weil die Präparate nicht frisch waren«. **Herm. Frank** (Berlin).

---

3) **v. Ménard.** Notes sur les altérations vertébrales dans le mal de Pott.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 3—5.)

Aus seinem reichen und sorgfältig durchgearbeiteten Materiale am Seehospize zu Berck-sur-Mer, von welchem eine ganze Reihe von Beobachtungen, theilweise auch im Knochenbilde skizzirt, hier wiedergegeben wird, kommt der Autor bezüglich der Knochenveränderung und -Gestaltung zu folgenden, gerade wegen ihrer pathologisch-anatomischen Begründung und rein objektiven Betrachtungsweise beachtenswerthen Darlegungen, welche einige in neuerer Zeit besonders viel erörterte Fragen berühren. Bei einigermaßen ausgedehnter Zerstörung der Wirbelkörper und vollständiger Verbiegung entsteht an der Stelle der verschwundenen Wirbelkörper eine Faltenbildung der Wirbelsäule, indem sich das obere und untere Segment derselben einander nähern; die Falte liegt um so dichter, je vollständiger die Umknickung ist, sie ist um so länger, je mehr Körper zerstört sind. Selbst bei alten Leiden kann die Umknickung unvollständig sein, da an jedem Abschnitte der Wirbelsäule besondere Eigenthümlichkeiten sie aufhalten können, am Halse die vorderen Bogenhälften und die Querfortsätze, am Rücken der Widerstand des Brustkorbes.

Bei vollständiger Umknickung kann das Lasten eines Segmentes auf dem anderen zu Druckusur führen, welche die Zerstörung noch vermehrt; unabhängig davon geht natürlich häufig die Zerstörung durch die Tuberkulose weiter. Am Rücken- und Lendenbezirke wirkt zuweilen auf die Knochengestaltung ein eigenthümlicher Mechanismus; das obere Segment verrenkt sich zuerst nach hinten vom unteren, dann, bei Vergrößerung der Umknickung auf dem Scheitel des unteren Segmentes ruhend, ulcerirt es, und zuletzt erscheint es, als ob es nach vorn verrenkt wäre. Bemerkenswerth sind die Unterschiede im Einsinken »Sacken« der hinteren Bögen, wovon am Rückentheile nichts zu bemerken ist, was aber am Lendenabschnitte $^1/_4$ der Höhe begreift und auch am Halstheile ausgesprochen ist. Sie sind dabei, wenn das Leiden länger als 3 Jahre besteht, regelmäßig verschmolzen. Die Verschmelzung beginnt am Gelenkfortsatze und breitet sich über die hinteren Bögen und Dornfortsätze aus. Zur Vermehrung der Höhenabnahme trägt außer der »Sackung« noch in sehr alten Fällen die Atrophie bei. Wie viel Wirbel mindestens bei der Bildung des Buckels betheiligt sein müssen, ersieht man aus der Zahl der Dornfortsätze. Der Wirbelkanal ist sehr selten beträchtlich verengert; unter den Ursachen der Lähmung spielt die Abscessspannung eine wesentliche Rolle, nur einmal hat der Autor eine wirkliche Kompression durch ein Wirbeltrümmerstück gesehen. Selbst bei der anscheinend einfachsten Form der Krankheit darf man nicht darauf rechnen, einen abgeschlossenen Herd für sich zu haben; die Veränderungen greifen in der Regel viel weiter nach oben und unten um sich; gar nicht so selten sind auch Wirbeltuberkulosen mit 2 Zerstörungscentren, auch 2—3 unabhhängig von einander liegende Herde und die disseminirte Form der Tuberkulose, welche sich über einen großen Theil der Wirbelsäule und andere Skeletttheile erstreckt. Für die Ausheilung des Malum Pottii kommt wesentlich in Betracht der Stillstand des tuberkulösen Processes und die Resorption. Von sekundärer Bedeutung erst sind die Mittel zur Feststellung der Wirbelsäule. Diese kommt von selbst, wenn der tuberkulöse Herd zur Ausheilung gelangt. Die knöcherne intersegmentäre vordere Ankylose kommt sehr spät, erst nach der Heilung und fast immer höchst unvollständig zur Ausbildung. Im Zwischenraume zwischen 2 Wirbelsegmenten ist Knochenneubildung in wesentlicher Menge niemals zu finden. Die Wirbeltrümmer verschmelzen mit einander durch partielle Verlöthungen, zwischen denen Höhlen mit Käse, Fungositäten und Bindegewebe übrig bleiben. Wirklichen intersegmentären knöchernen Callus bei unvollkommener Einknickung hat der Autor nie gesehen. Nur ganz ausnahmsweise, bei fistulösen Processen, wo zur tuberkulösen noch eine Eiterinfektion hinzugekommen ist, findet man periostale Knochenneubildung prävertebral. Das ist aber kein gewöhnlicher typischer Vorgang, auf welchen man sich verlassen kann, wenn man die Mittel zur Feststellung der Wirbelsäule im Auge hat.

Herm. Frank (Berlin).

---

4) **Blencke.** Einige Bemerkungen über die Herstellung orthopädischer Korsetts.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

B. bringt eine Zusammenstellung der in der Litteratur bis jetzt beschriebenen Methoden zur Herstellung starrer orthopädischer Korsetts und schließt hieran die Empfehlung eines angeblich von Vulpius im sogenannten Hornhautleder, einem nur theilweise gegerbten Leder, gefundenen, ausgezeichneten Materiales.

Wer sich nur an die Veröffentlichung von Vulpius hält, kann allerdings zu der gleichen Ansicht von der Urheberschaft des »Hornhautleders« gelangen wie B. In Wirklichkeit verhält sich die Sache anders. Der Aufsatz von Vulpius über diesen Gegenstand (Münchener med. Wochenschrift 1898 December) enthielt im Wesentlichen nur eine Wiederholung dessen, was 6 Monate vorher vom Ref. in der Litteratur schon ausführlich besprochen war (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1898 Juni). Man hätte billigerweise verlangen können, dass Vulpius wenigstens darauf hingewiesen hätte. Für den Ref. lag dagegen keine Veranlassung vor, in seiner Publikation auf Vulpius hinzuweisen, da Vulpius mit der Technik der Verarbeitung des »Hornhautleders«, für welches Ref. den Namen »Hautleder« vorschlug, erst später bekannt wurde. Ref. war desshalb auch nicht in der Lage, eine in der Vulpius'schen Anstaltswerkstätte gemachte Erfahrung zu verwerthen, wo Versuche gar nicht angestellt waren. Er hat vielmehr auf persönliche Veranlassung von Bingler in Ludwigshafen selbst, welcher das Material präparirte und in den Handel brachte, die Erfahrungen verwerthen können, die er in seiner eigenen Werkstätte gemacht hat.

In historischer Beziehung dürfte Folgendes von Interesse sein. Schon der Amerikaner Münter beschrieb eine Methode zur Verfertigung von Korsetts aus einem Stücke halbgegerbten Leders, welches feucht auf einem Gipsmodelle geformt und dann bei hoher Temperatur getrocknet wurde. Bei Skoliosen wurden die mit den Konvexitäten korrespondirenden Prominenzen des Modelles mit einem Raspatorium abgehobelt, so dass die Lederjacke nicht nur durch Extension, sondern auch durch Druck korrigirend wirkte. Um bei Spondylitiden die Gibbosität gegen Druck zu schützen, wurde an der entsprechenden Stelle des Modelles Gipsbrei aufgestrichen. Münter lernte die Methode von einem in Amerika herumreisenden Quacksalber. Auch Ipsen und Panum empfahlen Lederkorsetts. Ein Referat hierüber findet sich in Beely's Centralblatt für orthopädische Chirurgie und Mechanik 1888 No. 10.

J. Riedinger (Würzburg).

---

5) E. Kalmus. Zur operativen Behandlung des Caput obstipum spasticum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Gestützt auf 94 operativ behandelte Fälle von spasmodischem Torticollis aus der Litteratur, so wie einen neuen Fall aus der Wölfler'schen Klinik, in welchem zuerst der N. accessorius, später die hinteren Äste des 2. und 3. Cervicalnerven resecirt worden waren, giebt Verf. einen kritischen Überblick über den Werth der verschiedenen operativen Methoden. In Betracht kommen einerseits Durchschneidungen des Kopfnickers und der Cervicalmuskeln, andererseits Resektionen des N. accessorius und der Cervicalnerven. Ersteres Verfahren (Kocher) ist in technischer Beziehung relativ einfacher, wenn auch blutiger, als das letztere; bezüglich des Erfolges scheint es, dass die Cervicalnervenresektion, namentlich in Verbindung mit der vorausgehenden Accessoriusresektion, bessere Resultate liefert, als die von Kocher ausgeführten Muskeldurchschneidungen. Ein sicheres Urtheil über die Vorzüge des einen Verfahrens gegenüber dem anderen lässt sich zur Zeit indess noch nicht fällen; jedenfalls aber ergiebt sich aus der Statistik die Berechtigung, auch fernerhin bei Fehlschlagen sonstiger Therapie die Operation zu versuchen. Sie ist um so aussichtsvoller, je weniger Muskeln an dem Krampfe betheiligt sind.

Honsell (Tübingen).

---

6) Hirsch. Erzielung tragfähiger Stümpfe durch Nachbehandlung. (Aus der chir. Abtheilung des Bürgerhospitals in Köln. [Dirig. Arzt: Geh. Sanitätsrath Prof. Dr. Bardenheuer.])

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 47.)

H. hat von der Ansicht ausgehend, dass die Tragfähigkeit der Schaftstümpfe auch durch zielbewusste Nachbehandlung sich erreichen lasse, in mehreren Fällen mit günstigem Erfolge folgende Maßnahmen angewandt:

1) Der Kranke bleibt nach wie vor dauernd zu Bett mit gehörig hochgelagertem Stumpfe.

2) 1- oder 2mal des Tages wird das Stumpfende massirt, zuerst eine Zeit lang trocken, dann mit 2%igem Salicylsäure-Olivenöl.

3) Nach der Massage wird der Stumpf wieder gehörig mit Watte und Gazebinden verbunden.

4) Es wird ferner eine Kiste oder ein Holzrahmen in das Bett hinein, vor die untere Querwand desselben gelegt; hiergegen hat der Kranke mit dem hochliegenden watteumwickelten Stumpfe (1- bis 2stündlich etwa 5—10 Minuten lang) Tretübungen auszuführen.

5) Sowohl nach jeder Massage wie nach jeder Tretübung hat der Behandelte mit dem verstümmelten Gliede Freiübungen anzustellen, kräftige Beuge- und Streckbewegungen der erhaltenen Gelenke in langsamer taktmäßiger Aufeinanderfolge.

6) Der übende Stumpf erhält Abends ein warmes Sodabad.

Dadurch wurde die Narbe am Stumpfende gelockert, die Muskeln nahmen an Volumen zu, das Stumpfende vertrug schließlich ein starkes Anstemmen, dabei trat erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens ein.

Zuletzt macht der Amputirte auf einem Sacke mit Haferspreu Stehübungen, erst mit beiden, dann mit dem einen Beine (Stumpfe); darauf wieder Hochlagerung.

Wenn dann dauernd das Bett verlassen wird, so erhält Pat. vorläufig einen einfachen Gliedersatz, in dem er sofort mit alleinigem Aufstützen der Endfläche des Stumpfes fest und sicher umhergehen kann. Der endgültige Gliedersatz, den H. beschreibt, stützt allein die Endflächen des Stumpfes und gar nicht die Seitenflächen.

Während des Gebrauches des vorläufigen Gliedersatzes muss der Amputirte auf dem bloßen Boden mit dem Stumpfe Stehübungen mehrmals täglich ausführen. Nach der Übung wird das verstümmelte Glied in freier Luft kräftig gebeugt und gestreckt.

3 derartig behandelte Fälle theilt H. mit. Das künstliche Bein, das später getragen wird, ist nur auf die Unterstützung der Stumpfendfläche eingerichtet.

Bardenheuer bevorzugt zur möglichsten Verhütung einer zu starken Verwachsung der Narbe mit dem Tibiastumpfe einen möglichst großen vorderen Lappen. An der Sägestelle wird das Perikard nicht zurückgeschabt.

So wird erreicht, dass in 4—8 Wochen nach der Absetzung der Schaftstumpf tragfähig ist.

Zum Schlusse rühmt H. das Verfahren auch gegenüber der komplicirteren Bier'schen Methode. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

7) **Mignon** und **Sieur** (Paris). Cellulite péritendineuse des muscles de la loge anterieure de la jambe.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1900. Januar.)

Verff. beschreiben ein Krankheitsbild, welches durchaus dem von Pauzat unter dem Namen »Aï crépitant« beschriebenen gleicht. Bei völliger Integrität des Fußrückens und seiner Sehnenscheiden beginnt etwa 5—6 cm oberhalb der Gelenklinie eine 4—5 Querfinger breite Anschwellung am Unterschenkel, welche auf den Zwischenknochenraum im mittleren und unteren Drittel des Unterschenkels beschränkt ist und der Stelle entspricht, wo der Tibialis anticus und die Extensoren allmählich ihre Muskelfasern verlieren und sehnig werden. Hier fühlt man auch ein ausgesprochenes Knirschen, und das die Sehnen umgebende Bindegewebe wird als Sitz einer plastischen Exsudation angesprochen. Wir können nur unserem Zweifel Ausdruck geben, ob wirklich eine solche Exsudation ein Krepitiren hervorbringen kann, und ob es sich nicht vielmehr stets um eine Pseudovaginitis, d. h. eine Ausschwitzung in die Sehnenscheiden

selbst handelt. Düms hat in seinem Handbuche der Militärkrankheiten (1896 p. 72 und 73) denselben Zweifel ausgesprochen, also Pauzat's Ansichten bekämpft, keineswegs aber mit Stillschweigen übergangen, wie Verff. behaupten. Dass nach angestrengten Märschen oder bei den Exercirübungen der Rekruten eine akute Tendovaginitis der Unterschenkelmuskulatur vorkommt, und zwar gar nicht einmal selten, wird jeder Militärarzt zu erfahren gehabt haben. Wir können daher weder zugeben, dass Pauzat mit seinem »Aï crépitant«, noch dass Verff. vorliegenden Aufsatzes ein neues Krankheitsbild aufgestellt haben. Jedenfalls stimmen wir aber völlig überein mit den Verff., wenn sie im Gegensatze zu der großen Schmerzhaftigkeit des Leidens seine leichte und schnelle Heilung unter Ruhe betonen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

8) **R. G. Patteson.** On suture of fractured patella by an improved method.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 3.)

P. hält die Kniescheibennaht bei jungen gesunden Individuen für die ideale Behandlungsmethode des Kniescheibenbruches. Behufs Ausführung derselben legt er einen U-förmigen Schnitt an, den Querschnitt hat er verlassen, da bei diesem die Stichkanäle der Haut zu nahe an der Nahtstelle der Kniescheibe liegen und Infektionen der Haut leicht auf das Gelenk übergreifen könnten. Als Nahtmaterial benutzt er weichsten Silberdraht, der einen D-förmigen Durchschnitt hat. Er legt nicht mehr wie eine Naht an, welche $^2/_3$ der Dicke der Fragmente umfasst. Dadurch, dass der Draht abgeflacht ist, soll das Durchschneiden der Naht verhütet werden. Die Operation wird einige Tage nach dem Unfalle vorgenommen, nachdem die akuten Erscheinungen seitens des Gelenkes nachgelassen haben. Stränge der Gelenkkapsel, welche sich zwischen die Fragmente gelagert haben, werden durchtrennt und nachher exakt vernäht. Die Gelenkhöhle wird von sämmtlichen Blutgerinnseln gereinigt. Die subkutane Naht verwirft Verf., da durch den Bluterguss die Fragmente nach oben umgekantet werden, was dann bei der Naht noch mehr in Erscheinung tritt, ferner wegen der so häufigen Interposition von fibrösen Strängen, welche die Vereinigung der Fragmente verhindert.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

9) **F. Treves.** The march to the Tugela.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 24.)

10) **Derselbe.** The battle of Spion Kop.

(Ibid. März 3.)

Nach dem Gefechte von Colenso (15. December) trat bei der englischen Armee in Natal Dysenterie und Typhus auf. Die Thätigkeit der Lazarette wurde dadurch stark in Anspruch genommen, während die Verwundeten zurücktransportirt wurden.

T. fand in den Hospitälern von Maritzburg die Verwundeten von Colenso durchweg in einem guten Zustande. Am auffallendsten war der glatte Heilungsverlauf bei Schädelschüssen, welche vielfach nur ganz unbedeutende Symptome verursacht hatten. Bemerkenswerth war die große Anzahl von Aneurysmen, deren häufiges Auftreten auch von Makins erwähnt wird, so wie von Kommunikation zwischen Arterie und Vene. Ein sehr großes Aneurysma arterio-venosum im Hunter'schen Kanal operirte T. mit gutem Erfolge. Er legte eine temporäre Ligatur um die Art. femoralis communis an, öffnete sodann den Sack und unterband nach Feststellung der Öffnung in Arterie und Vene erstere central- und peripherwärts, letztere nur auf der proximalen Seite. Die temporäre Ligatur wurde gelöst und die Wunde geschlossen.

Verschiedene Halsverletzungen mit Betheiligung des Kehlkopfes gelangten zur Beobachtung. Eine solche, durch ein Granatsprengstück bewirkt, kam nach ausgeführter Tracheotomie zur Heilung. Zahlreiche Bauchschüsse kamen in Behandlung. Bezüglich der Laparotomie in solchen Fällen verhält sich T. sehr reservirt; einerseits heilen die Bauchschüsse vielfach ohne Eingriff, andererseits ist die Laparotomie auf dem Schlachtfelde schwierig auszuführen. Die Operation will er nur in solchen Fällen ausführen, wo die Verletzung bestimmt zu lokalisiren ist, und das Geschoss den Körper verlassen hat. Die frühere Beobachtung über den guten Verlauf von Leber- und Nierenschüssen fand T. auch dies Mal bestätigt.

Weiss (Düsseldorf).

11) F. Treves. After Spion Kop.

(Brit. med. journ. 1900. März 10.)

Die Verletzungen durch Granatsplitter, deren eine große Anzahl nach dem Gefechte am Spion Kop in Behandlung kam, verliefen durchweg ungünstig. Mehr als 50 der Verwundeten starben in der Woche nach der Schlacht und die meisten dieser Todesfälle sind auf Rechnung von Granatverletzungen zu setzen. Die Wunden durch solche Sprengstücke sind vielfach zerrissen und enthalten häufig Schmutz, Steinsplitter und Gras. Eine Reihe von primären Amputationen wurde ausgeführt, eine noch größere von sekundären. Einmal nahm T. die Absetzung des oberen Extremitätengürtels nach der Methode von Berger vor. Es handelte sich um eine Verletzung durch ein Mausergeschoss auf kurze Entfernung. Dasselbe war in der Mitte des M. deltoides eingedrungen, hatte den Oberarm und das Schulterblatt durchschlagen und war schließlich unter der Rückenhaut nahe der Wirbelsäule stecken geblieben. Durch Fall auf einen Stein waren die Weichtheile am Rücken stark gequetscht worden. Der Humerus war in ausgedehnter Weise zersplittert. Die primäre Amputation wurde verweigert. Die Wunde wurde inficirt und in Folge des Zustandes der Weichtheile wurde dann die bezeichnete Operation nöthig. Das Gelenk erwies sich mit Fragmenten ausgefüllt. Der Verlauf war günstig.

Zur Feststellung von Geschosssplittern in den Wunden empfiehlt T. die Anwendung der Telephonsonde, deren Wirkung auf dem Principe beruht, dass da, wo 2 differente Metalle sich berühren, ein elektrischer Strom entsteht.

Bezüglich der abdominalen Operationen begründet T. des weiteren seinen reservirten Standpunkt.

1) Der Hauptgrund ist die häufige Heilung von Bauchschüssen ohne irgend welchen Eingriff.

Es werden 4 weitere Fälle aufgeführt.

2) Das Mausergeschoss macht oft ein kleines Loch im Darme, welches durch Anlagerung einer anderen Darmschlinge geschlossen werden kann.

3) Die Ausführung der Laparotomie ist nicht leicht in der unmittelbaren Nähe des Schlachtfeldes, namentlich wenn die Wasserversorgung nicht genügend ist.

4) In manchen Fällen ist die gesetzte Verletzung sehr ausgedehnt; und dann führt die Laparotomie nicht zum Ziele. In einem Falle fand sich eine Fraktur der 10. linken Rippe, eine kolossale Blutung in der Bauchhöhle, deren Quelle die Milz war, ferner ein linearer Riss im oberen Theile des Jejunums, 4 Löcher im



Anfange desselben und noch ein Loch an der unteren Fläche des rechten Leberlappens. Die Darmwunden wurden vernäht. Der Mann starb kurze Zeit nach der Operation. Weiss (Düsseldorf).

12) W. Dick. Notes on some cases of gunshot wounds from South-Africa.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 24.)

Verf. hat eine Reihe von Verwundeten aus dem südafrikanischen Kriege nach ihrer Rückkehr in die Heimat untersucht. Die Verletzungen waren sämmtlich durch Mausergeschosse verursacht und betrafen 2mal den Schädel, 14mal die Brust, 14mal den Bauch. Alle Verwundeten waren geheilt. Bei den Schädelverletzungen konnten keine Symptome eruirt werden. Das hervorstechendste Symptom bei den Schüssen durch die Brust war eine leichte Hämoptoë, deren Dauer einige Stunden bis 3 Tage betrug. 1mal entwickelte sich ein Hämatothorax, welcher incidirt worden war. Bei 4 derartigen Verletzungen waren überhaupt keine Symptome zu konstatiren. Von den 14 Bauchschüssen hatten 7 überhaupt keine Symptome gemacht. 3mal war Blut im Urin aufgetreten, 1mal Blut im Urin und Stuhlgange, 1mal im Urin, Stuhlgange und Erbrochenen, 1mal war eine mäßige Dyspnoë und 1mal Diarrhöe zu verzeichnen. Eine Operation war in keinem der Fälle gemacht worden. Angesichts dieser Thatsachen ist Verf. von seiner Ansicht zurückgekommen, welche er als Lehrer der Army Medical School vertreten hat, dass bei penetrirenden Bauchschüssen die Laparotomie indicirt sei. Weiss (Düsseldorf).

13) C. T. Deut. Surgical notes from the military hospitals in South-Africa.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 10., 17., 24.)

Der günstige Verlauf der durch das Mausergeschoss gesetzten Verletzungen wird auch in dieser Publikation hervorgehoben. Wir begegnen hier zum ersten Male der Behauptung, dass in allerdings seltenen Fällen ein Geschoss ohne Mantelspitze angewendet worden sei, dessen Wirkung derjenigen des englischen Dum-Dum-Geschosses entspräche.

Etwas eingehender sind die Verletzungen behandelt, welche die einzelnen Theile des Nervensystems betreffen. Bei Beurtheilung der Verletzungen der peripheren Nerven ist große Vorsicht geboten. Manchmal sind die Symptome der Art, dass sie auf eine komplete Trennung des Nervenstammes hindeuten. Nichtsdestoweniger gehen dieselben zurück. Verf. glaubt, dass in solchen Fällen eine heftige Erschütterung des Nerven durch das in der Nähe durchschlagende Geschoss anzunehmen sei. Vielfach führen solche Verletzungen oder auch Schüsse, welche den Nerven selbst gestreift haben, zu einer starken Hyperästhesie in dem Bereiche desselben, welche auch bald schwindet. Indessen können auch Verletzungen, welche den Nerven nicht direkt treffen, zu einer schweren Schädigung desselben mit nachfolgenden Degenerationserscheinungen führen. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Symptome auch durch Druck seitens der starren, strangförmigen Narbe hervorgerufen werden können, wie das auch Makins hervorhebt.

Die Schüsse durch das Rückenmark geben eine sehr üble Prognose. Degenerationserscheinungen und trophische Störungen treten sehr rasch auf. Auch solche Schüsse, welche das Mark nicht direkt treffen, können zu ausgedehnten Zerstörungen desselben Anlass geben. Bei der Sektion eines Verletzten fand sich eine Fraktur eines Wirbelbogens; ein erbsengroßer Splitter war in den Rückenmarkskanal hineingetrieben, ohne jedoch die Dura zu verletzen. Die Rückenmarkshäute waren etwas injicirt. Das Mark bildete in einer Ausdehnung von 3 Zoll nach unten von der Frakturstelle eine breiige, zerfließliche Masse. Doch kommen auch Fälle vor, wo die anfänglich schweren Symptome bald zurückgehen. Ob es sich hier um eine Blutung in den Wirbelkanal oder um eine Erschütterung des Rückenmarkes handelt, lässt Verf. dahingestellt.

Die Schwere der Schädelschüsse richtet sich nach der Schussweite, wie das aus Schießversuchen hinlänglich bekannt ist. Besondere Erwähnung verdienen

die Rinnenschüsse, bei welchen, ohne dass das Schädelinnere eröffnet wird, eine erhebliche Zertrümmerung der Tabula interna statthat.

Die Schädelschüsse nehmen vielfach, wie auch andere Autoren erwähnen, einen auffallend guten Verlauf. Schwere Symptome, Lähmungen, Taubheit, Aphasie gehen zurück, und manchmal hinterlässt die Verletzung keine weiteren Spuren. Die einzelnen Fälle aufzuführen, würde zu weit führen. Doch verdient die Beobachtung Erwähnung, dass bei mehreren Verletzten die Lähmung des Armes langsamer zurückging wie diejenige des Beines, dass dann aber die Besserung des letzteren mit einem Male Halt machte und die Parese der Extensoren am Unterschenkel das am längsten andauernde Symptom war. Reizzustände nach Schussverletzungen des Schädels traten sehr selten ein, eher war eine gewisse geistige Depression zn konstatiren. **Weiss** (Düsseldorf).

14) **W. Stokes.** The military hospitals at Wynberg.

(Brit. med. journ. 1900. März 3.)

Verf. hat den Eindruck, dass das Mausergeschoss geringere Verletzungen setzt, als irgend ein anderes. Hervorgehoben wird die Häufigkeit von einfachen Lochschüssen bei Knochenverletzung; Splitterungen und Zermalmungen sind seltener als früher, und demgemäß sind die Indikationen zu Amputationen und Resektionen seltener gegeben. Des vielfach glatten Verlaufes von Schädel-, Brust- und Bauchschüssen wird Erwähnung gethan. Wie anders wo wurden auch in diesen Lazaretten verschiedene Aneurysmen beobachtet. **Weiss** (Düsseldorf).

15) **A. P. Blenkinsop.** Report on three cases of gunshot wound.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 24.)

Ein Bericht über 3 Selbstmordversuche mittels des Lee Metford-Gewehres. Corditladung.

1) Schuss in den Mund. Das Gewebe der linken Wange ist zerrissen, der größte Theil des linken Jochbeines zur Wunde herausgeschleudert. Geringe Blutung. Die Knochensplitter wurden entfernt, die Wundränder vernäht. 4 Stunden später Tod.

Sektion: Haut des Gesichtes von der Lippe bis zur linken Schläfe zerrissen. Der Ausschuss war ein schmaler, länglicher Schlitz in der Mitte der Schläfengegend. Linker Oberkiefer und linkes Jochbein sind bis auf geringe Reste nicht vorhanden. Schädelbasis ohne Verletzungen. Gehirnhäute etwas injicirt. Gehirn ohne nachweisbare Veränderungen.

2) Schuss gegen die linke Gesichtsseite. Der Einschuss in die Regio submaxillaris links von der Mittellinie bildete eine unregelmäßige Wunde, in deren Mitte ein schmaler Kanal, dessen Durchmesser demjenigen des Geschosses entsprach, mündete. Haut, so wie die darunter liegenden Gewebe der Unterlippe und des Kinnes waren völlig durchtrennt; der Unterkiefer vom Eckzahne bis zum letzten Backzahne zersplittert. Das Geschoss hatte den harten Gaumen durchschlagen. Ein Riss in der Wange ging vom Mundwinkel bis zum Kieferwinkel, ein anderer vom Mundwinkel zum Nasenflügel. In dieser Wunde lag der Knochen zu Tage. An Stelle der linken Orbita fand sich eine große Wundhöhle, in welcher die Reste des Auges lagen. Vom oberen Orbitalrande ging eine glatt ausgebohrte Wunde noch ca. 7 cm nach oben, in deren unterem Theile das Stirnbein freilag und welche nach oben zu immer seichter wurde. Der Oberkiefer war zersplittert, seine Höhle vorn eröffnet, die untere Orbitalplatte durchbohrt, Joch- und Nasenbein frakturirt. Irgend eine Schwärzung oder Verkohlung der Wunde war nicht zu konstatiren. Die Wundränder wurden vernäht und es wurde Vereinigung per primam erzielt. Der Schusskanal wurde drainirt. Die Heilung der Orbita nahm längere Zeit in Anspruch und wurde durch die Bildung einer Thränenfistel verzögert. Nach ca. $2^1/_2$ Monaten war indessen Alles verheilt. Die Bewegungen des Unterkiefers waren etwas beschränkt, das zerstörte Stück desselben war wieder durch neuen Knochen ersetzt.

3) Schuss durch den Schädel; sofortiger Tod. Einschuss ca. 1 Zoll hinter dem Kinne; unregelmäßig dreieckig, führt in eine stark zerrissene Höhle von ca. 2 Zoll

Tiefe. Der Ausschuss ist eine kleine runde Öffnung am Hinterkopfe, deren Durchmesser dem Durchmesser des Geschosses entspricht. Gehirnmasse war aus der Öffnung nicht ausgetreten. Der Unterkiefer war beiderseits von der Mittellinie zersplittert. Der Schuss war durch den Mund hinter dem weichen Gaumen an die Schädelbasis gegangen. Der Keilbeinkörper, so wie der Gelenkfortsatz des Hinterhauptbeines waren frakturirt, die obere Hälfte der Medulla oblongata war zerstört. Dann führte ein schmaler Kanal durch den Mittellappen des Kleinhirns. Das Tentorium war durchbohrt, der Hinterhauptslappen des Großhirns zu beiden Seiten des Sinus longitudinalis zerrissen. Der Knochen zeigte um die Austrittsstelle des Geschosses verschiedene radiäre Fissuren. Die Nähte der Schädelknochen waren aus einander gebrochen. Ferner fanden sich einige Risse im Stirnbeine und den anderen Knochen. Dieselben standen mit den Fissuren am Ausschusse in keinem Zusammenhange.

Bemerkenswerth in diesen Fällen ist das Fehlen jeglicher Schwärzung der Gewebe, trotzdem die Mündung der Waffe in unmittelbarer Nähe der Haut gewesen ist. Auffallend ist weiterhin die geringe Wirkung des Geschosses auf das Gehirn bei der doch sehr beträchtlichen Zertrümmerung des Schädels. Die Zerreißungen an der Einschussstelle sind wohl zum großen Theile Wirkung der Pulverexplosion. Auffallend ist der kleine Umfang der Ausschussöffnung in Fall 1 und 3.

Weiss (Düsseldorf).

16) **Nové-Josserand et Brisson.** Contribution à l'étude de la position élevée de l'omoplate.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1900. März.)

Verff. berichten über einen Fall von Hochstand des rechten Schulterblattes um 3 cm bei einem 9jährigen Mädchen. Außer der fast in allen Fällen beschriebenen Asymmetrie des Gesichtes war das Kind völlig normal. Die Erhebung des rechten Armes über die Horizontale war nur bis zu einem Winkel von 145° möglich. In der ziemlich vollständigen Litteraturzusammenstellung weisen Verff. nach, dass die häufig gefundene Skoliose in keiner Beziehung zur Seite der Missbildung steht, und dass diese letztere nicht durch Muskelkontraktur oder Difformitäten des Schulterblattes bedingt ist. Der einzige Fall, in dem eine knöcherne Verbindung mit der Wirbelsäule bestand (Kirmisson), gehöre nicht hierher.

Ref. hatte Gelegenheit, bei einem von Herrn Geheimrath v. Mikulicz operirten Falle doppelseitigen Hochstandes den Levator scapulae zu untersuchen; derselbe verhielt sich völlig normal.

In der Litteraturzusammenstellung fehlen die Fälle von Wiesinger (Münchener med. Wochenschrift 1896 p. 664), Kraske (ibid. 1896 p. 509), besonders aber Eulenburg (Archiv für klin. Chirurgie 1863 Bd. IV p. 304, Fall 2 und 3). Letzterem gebührt also wohl das Verdienst, die Krankheit zuerst beschrieben zu haben.

F. Göppert (Kattowitz).

17) **J. Riedinger.** Die Varität im Schultergelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 565.)

R. hat über den Gegenstand dieser Arbeit auf der vorjährigen Naturforscherversammlung einen Vortrag gehalten, von welchem in unserem Blatte 1899 p. 1281 ein Selbstbericht erschienen ist. Auf letzteren verweisen wir. Die jetzige Arbeit giebt eine nähere Detailbeschreibung des in München demonstrirten Knochenpräparates von Humerus varus mit mehreren Photogrammen desselben. Dessgleichen wird der auch schon in München erwähnte Fall von vermuthlichem Humerus varus mit Wachsthumsstörung bei einem 13jährigen Schüler näher besprochen, so wie das von einer Arthritis deformans herrührende Knochenpräparat eines Humerus valgus, beides ebenfalls durch Photogramme illustrirt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

18) **R. Klapp.** Über einen Fall von ausgedehnter Knochentransplantation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 576.)

Der berichtete Fall ist von Bier in Greifswald operirt. Die 30jährige anämische und abgemagerte Person hatte eine Spontanfraktur des rechten Humerus,

dessen Diaphyse der Sitz eines centralen Myxo-Chondrosarkoms war, welches das Mark zu graubraunen derben Massen umgewandelt und die Corticalis zu papierdünnen Lamellen rareficirt hatte. Fast die ganze Länge der Humerusdiaphyse nebst dem größten Theile ihres Periosts wird aus den Weichtheilen des Armes ausgeschält und mittels Sägeschnittes oben und unten in gesunden Knochenresten resecirt. Ersatz dieses Knochendefektes durch ein etwas längeres Knochenstück, welches nebst Periost unter Blutleere aus der Vorderfläche der Tibia ausgemeißelt ist. Es wird mit seinen Enden in die Markhöhlen der Oberarmfragmente hineingesteckt, was oben erst nach Aushöhlung des Humeruskopfes möglich war. Sorgfältige Blutstillung, genaue Vereinigung der Muskulatur mit dem eingesetzten Knochenstücke durch Katgutnähte. Im Verlaufe akute Eiterung, so dass die bereits gebildete Narbe am Arme in halber Länge gespalten werden muss. Heilung per secundam bis auf 2 hartnäckige Fisteln, die sich erst nach Ausstoßung eines ca. 3 cm langen und 2 cm breiten corticalen Sequesters schließen. Endresultat aber gut, da der Knochen fest eingeheilt und oben und unten mit den Humerusstümpfen fest vereinigt ist, unten allerdings mit einer winkligen Umknickung nach hinten (s. das beigefügte Röntgenbild). Der voll und rund aussehende Arm gestattet der Pat. alle häuslichen Arbeiten ausführbar zu machen, auch Tragen von Wassereimern und dgl.

K. bespricht kurz die biologische Bedeutung der Beobachtung mit Rücksichtnahme auf die Therapie von Barth, nach welcher ein wirkliches Lebenbleiben frisch excidirter transplantirter Knochenstücke ausgeschlossen sein soll. Im berichteten Falle aber spricht die Sequesterbildung für das Fortleben des Knochens. K. glaubt, dass der Verpflanzung des Knochens mitsammt seinem Periost dieses Fortleben zu danken sei. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

19) **Sehrwald.** Klimmzuglähmungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Verf. theilt zwei weitere Fälle mit. Die Klimmzuglähmung ist eine Hyperextensionslähmung des Plexus brachialis. Das Charakteristische ist die Miterkrankung des Musculus serratus und seines Nerven, des Nervus thor. longus, seltener auch die Betheiligung des Nervus dorsalis scapulae und dadurch der Mm. rhomboidei und Levator scapulae. Der passive Langhang begünstigt am meisten das Zustandekommen der Lähmung. **Borchard** (Posen).

20) **Vollbrecht** (Düsseldorf). Fall von Fractura olecrani. Heilung durch Knochennaht. Zwei Fälle von isolirter Talusfraktur.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 3.)

Der 26jährige Pat. hatte sich durch Sturz auf den linken Ellbogen einen isolirten Olecranonbruch zugezogen; sehr starker Bluterguss, bedeutende Diastase. Völlige Heilung durch Knochennaht.

V. veröffentlicht dann weiterhin 2 Fälle von isolirtem Talusbruche; in beiden Fällen sollte das Tuberculum tali postic. abgesprengt sein. Die Röntgenphotographie zeigte in beiden Fällen ein Knochenstückchen direkt hinter dem Talus, das klinische Bild bestätigte die Annahme einer Fraktur.

Ref. hätte gewünscht, Verf. hätte vergleichshalber auch die gesunden Beine durchleuchtet. Derartige Knochenstückchen haben gerade an dieser Stelle mehrfach zu Verwechslungen Anlass gegeben. An der Stelle, an welcher Verf. seine Frakturstückchen abbildet, liegt das Os trigonum tarsi (Bardenheuer) seu intermedium (Pfitzner). Ref. möchte auf die Arbeit v. Wilmans' verweisen: »Verwechslung des Os intermedium (Pfitzner) mit einem durch einen angeblichen Unfall abgesprengten Knochenstücke (Shepherd'sche Fraktur)«; Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II p. 100 (ref. dies. Centralblatt 1899 No. 21). Die Abbildung, die Wilmans giebt, stimmt mit dem V.'schen Bilde genau überein. Der Wilmans'sche Fall war lange Zeit ein Gutachtenstreitfall, bis Wilmans nachwies, dass der Pat. auch auf der gesunden Seite das Knochenstückchen besaß.

H. Wagner (Breslau).

21) **E. Jouon.** Deux nouveaux cas d'hypertrophie congénitale des membres, justifiant la classification suivant la forme.

(Revue d'orthopédie 1900. No. 1.)

Die beiden neuen Beispiele zu der obigen Kirmisson'schen Eintheilung betreffen 1) bei einem neugeborenen Knaben eine ungleichmäßige Entwicklung der linken oberen Extremität mit überaus großer Geschwulst des Brustbezirkes und der Schulterrundung, wahrscheinlich von cystisch-lymphangiomatösem Bau — die Haut zeigt dahinter einige wie narbige Einziehungen —, 2) bei einem 3jährigen Knaben eine diffuse angeborene Hypertrophie der Glieder und Clicodaktylie der Zehen zusammen mit Rachitis, Skoliose und doppelseitigem Genu valgum.

Herm. Frank (Berlin).

22) **Lambret** (Lyon) et **Labarrière** (Amiens). La luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 3.)

Nach den Verff. sind im Ganzen 22 Fälle von Verrenkung des Daumens auf die Volarfläche des Metacarpusköpfchens beschrieben. Sie fügen 2 neue Beispiele hinzu, welche diagnostisch wie therapeutisch gar keine Schwierigkeiten boten. (Das Röntgenbild des einen Falles ist freilich so, dass man nicht eine Luxation, sondern nur eine Distorsion annehmen kann. Ref.) Verff. kommen auf Grund von Leichenversuchen zu dem Schlusse, dass 3 Arten von Verrenkung nach der Volarseite möglich sind: 1) eine direkte, bei welcher die Extensorensehnen in ihrer Lage bleiben, 2) eine Luxation volar- und auswärts, wobei die Extensoren nach außen, und 3) eine Luxation volar- und einwärts, wobei die Extensoren nach innen verschoben sind.

P. Stolper (Breslau).

23) **M. F. Brun.** Un cas de coxa vara.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 3.)

Kurze Mittheilung über einen 8jährigen Knaben, bei welchem die Erscheinungen erst seit 4 Monaten bemerkt wurden. Zeichen von Rachitis. Aus der auch erst seit 4 Monaten bemerkten Muskelatrophie des Beines schließt der Autor, dass diese lokale Rachitis nicht ein Überbleibsel aus allgemeinen rachitischen Veränderungen, sondern ein für sich neu aufgeflammter Process sei.

Herm. Frank (Berlin).

24) **E. Boinet.** Ectromilie longitudinale externe des deux membres inférieurs. (Mit einem Röntgenbilde.)

(Revue d'orthopédie 1899. No. 6.)

Die Beobachtung betrifft ein mehrmonatliches Kind und ist charakterisirt durch Doppelseitigkeit, Symmetrie und Ausdehnung der Missbildung (Fehlen der Wadenbeine, der Cuboidea, 4. und 5. Metatarsus und der beiden letzten Zehen), starke Retraktion der Wadenmuskulatur und Achillessehne, Fehlen jeder Spur von Callus, als Zeichen etwaiger intra-uteriner Fraktur der stark verbogenen Tibia. Am Scheitel des Winkels eine kleine genabelte Narbe. Schenkel und Kniescheibe sind etwas im Wachsthum zurückgeblieben. Als Ursache erkennt der Autor auch in diesem Falle pathologische Amniosverhältnisse an. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **C. Lauenstein.** Zur Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkenntnis krankhafter Veränderungen an den Gelenkknorpeln.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 3.)

L. konnte mit Hilfe der X-Strahlen an einem erkrankten Kniegelenke den Nachweis führen, dass an den Kondylen des Femurs und an dem Tibiakopfe der Knorpel verloren gegangen war; zwischen den genannten Gelenkenden fehlte der normale Spalt, die Knochen berührten sich direkt. Er stellte auf Grund dieses Befundes die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf chronische nicht tuberkulöse Mon-

arthritis mit Usur resp. Abschliffes des Knorpels und Atrophie resp. Lockerung des Bandapparates. Der Operationsbefund bestätigte die Diagnose.

H. Wagner (Breslau).

26) **E. Schwartz.** Fracture de jambe avec déplacement considérable des fragments.

(Revue d'orthopédie 1900. No. 1.)

54jähriger Mann, 8 cm Verkürzung. 3 Tage hindurch Delirium tremens; Unmöglichkeit, die Fraktur in Chloroform einzurichten. Nach 3 Wochen sehr schräge Osteotomie und Einrichtung mit folgender Lagerung im Hennequin'schen Apparate, welchem der Autor wieder die äußersten Lobsprüche zu Theil werden lässt. Konsolidation nach Ausstoßung eines Sequesters mit höchstens 2 cm Verkürzung.

Herm. Frank (Berlin).

27) **Chifolian.** Exostose de croissance en crochet de la tubérosité interne du tibia.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

Bei einem 17jährigen Burschen findet sich als Ursache für heftige Schmerzen beim Gehen und gewissen Kniebewegungen eine hakenförmige Exostose an der inneren Seite des Tibiakopfes, bei welcher sich die Sehnen des Semitendinosus, Gracilis und Sartorius luxiren, von der gewöhnlichen Struktur der Exostosis cartilaginea mit centralem Knochenkerne. Das Interessante an dieser Beobachtung ist, dass die Beschwerden erst nach einem Falle vom Pferde, 6 Monate zuvor, aufgetreten sind. Man hätte fast an eine Luxation der Menisken im Gelenke denken können.

Herm. Frank (Berlin).

28) **S. J. Spassokukotzki.** Ein Wort zu Gunsten der Knochenplastik bei Amputationen.

(Wratsch 1900. No. 6.)

Die Gegner der Amputationsmethoden mit Knochenplastik behaupten, dass dieser Methode 3 Nachtheile anhängen: 1) wenig Hoffnung auf gute Funktionsfähigkeit; 2) Schwierigkeit der Operation, und 3) lange Dauer derselben. S. beschreibt nun 5 Fälle (1 Amputatio Gritti, 1 Unterschenkelamputation nach Bier mit künstlicher Fußbildung und 3 Unterschenkelamputationen nach Bier mit Umklappung einer Knochenplatte), die diese Meinung widerlegen. Die ersten 3 Fälle gaben sehr gute Tragfähigkeit; die Schwierigkeit der Operation ist jetzt sehr verringert Dank der Methode von Erwin Payr (d. Centralblatt 1898 No. 19). Endlich zeigen die 2 letzten Unterschenkelamputationen, dass 20—25 Minuten für die Ausführung genügen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

29) **E. Kirmisson.** Les difformités acquises des orteils en visagées au point de vue de leur étiologie.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 2.)

K. führt eine Anzahl von Beobachtungen an von Zehenverunstaltungen, bei welchen die summarische Erklärung: schlechtes Schuhwerk nicht zutrifft. Neben den mechanischen Ursachen kommen eine ganze Gruppe pathologischer Verhältnisse zur Geltung, konstitutionelle Ursachen, wie Rheumatismus, nervöse, unter Vermittlung von Muskelkontraktionen, Alkoholismus etc., häufig in Verbindung mit anderen Missbildungen.

Herm. Frank (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 26. Mai.** **1900.**

Ein neues und einfaches Verfahren der Katgutsterilisation.

Von

Dr. C. A. Elsberg in New York.

Es wird allgemein anerkannt, dass die Chirurgie heute noch kein einfaches, gründliches und praktisches Verfahren der Katgutsterilisation besitzt.

Von den meisten Chirurgen wird noch immer das Katgut durch langes Verweilen in antiseptischen Lösungen steril gemacht. Die Sterilisation nach Lister, v. Bergmann, Braatz, Martin, Kocher

(Ol. juniperi), Macewen (Acid. chromic.) etc. sind Verfahren dieser Art. Katgutsterilisation durch trockene Hitze wurde besonders von Reverdin, Kümmel und Lauenstein befürwortet. Da aber hierfür besondere Trockenöfen und genaue, auf Stunden sich erstreckende Temperaturbeobachtungen nothwendig sind, dürfte die Methode füglich unpraktisch erscheinen.

Als das sicherste und einfachste Verfahren wird wohl allgemein das Auskochen des Katguts anerkannt, und dem entsprechend sind viele diesbezügliche Methoden vorgeschlagen worden. Leider konnte bisher Katgut nicht einfach in Wasser gekocht werden; es schwillt auf, wird morsch und unbrauchbar. Krönig empfahl das Kochen in Cumol, Brunner in Xylol, Dowd, Fowler u. A. wollen das Katgut in Alkohol kochen; Saul schlug Karbolalkohol vor; Hofmeister u. A. verdanken wir das Formalinverfahren. Die meisten dieser Lösungen wie ihrer Dämpfe sind entzündbar, oder ihr Siedepunkt ist ein so niedriger, dass sie unter Druck gekocht werden müssen. Hierzu sind mehr oder weniger komplicirte Apparate nöthig. Das Formalinverfahren giebt keine gleichmäßigen Resultate; das Katgut wird zuweilen morsch und ist nicht zu gebrauchen.

Von theoretischen Grundsätzen ausgehend, habe ich die folgende Sterilisationsmethode ausgearbeitet und mich durch Laboratoriums- und klinische Versuche davon überzeugt, dass es als ein einfaches und durchaus gründliches Verfahren angesehen werden kann.

Es ist ein in der Chemie allgemein anerkanntes Princip, dass organische Substanzen in den Flüssigkeiten unlösbar sind, durch welche sie aus ihren Lösungen gefällt werden. So wird Eiweiß durch Ammonium sulphuricum aus seinen Lösungen gefällt, darum ist Eiweiß in koncentrirten Lösungen von Ammonium sulphuricum unlöslich. Diese Eigenschaft, die dem Ammonium sulphuricum zukommt, dient als Grundlage des Sterilisationsverfahrens, das ich hier kurz beschreiben will.

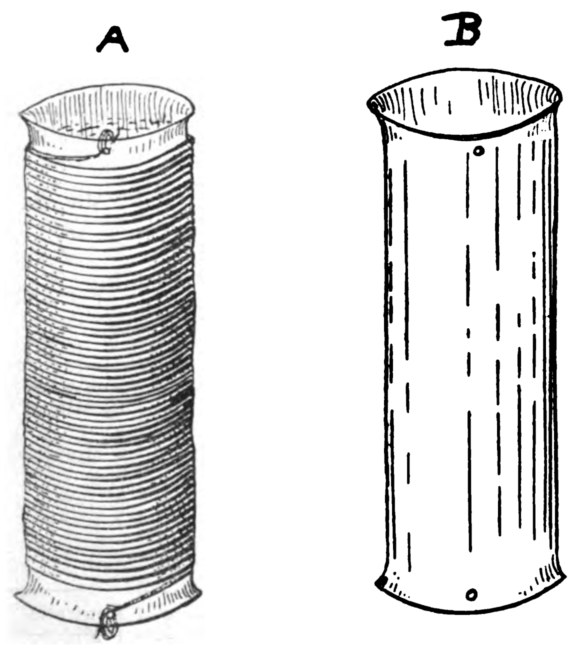
Rohes Katgut wird entfettet, indem es 24—48 Stunden in Chloroform oder Äther liegen bleibt. Man mischt am besten ein Theil Chloroform mit zwei Theilen Äther, da diese Mischung in kürzerer Zeit in das Katgut eindringt, und Chloroform selbst bakterientödtend wirkt. Solches von Fett befreites Katgut kann man, nach Abdunsten des Chloroformäthers, trocken aufbewahren.

Will man das Katgut sterilisiren, so wickelt man es zuerst fest und in einer einzigen Lage auf Glasrollen auf (s. Abbildung). Man bereitet sich dann eine heiße gesättigte, wässrige Lösung von Ammonium sulphuricum, indem man einfach zu kochendem Wasser Salz bis zur Sättigung zusetzt. In dieser Lösung werden die Rollen 10 bis 30 Minuten lang gekocht und gleich nach dem Herausnehmen $^1/_2$ bis 1 Minute lang in warmem oder kaltem sterilen Wasser, Karbol- oder Sublimatlösung geschüttelt. Hierdurch wird jede Spur von dem an dem Katgut haftenden, leicht löslichen Salze abgewaschen. Das

Katgut kann nun entweder sofort gebraucht oder in starkem Alkohol aufbewahrt werden.

Durch dieses Verfahren verliert das Material keine seiner physischen Eigenschaften. Im Vergleiche zu anderen Sterilisationsverfahren büßt starkes Katgut nichts an Stärke ein, und dünnes Katgut gewinnt oft dabei an Stärke. Es schwillt nicht auf und bleibt weich und schmiegsam; in den menschlischen Geweben wird es zwischen dem 4. und dem 8. Tage resorbirt.

Bakteriologische Untersuchungen bewiesen, dass das Katgut stets nach 5 Minuten langem Kochen steril ist. Umstehende Ta-



Glasrollen für Katgut. A. Rolle mit Katgut; B. ohne Katgut. Natürliche Größe.

belle zeigt dies für Katgutfäden, die mit Anthraxsporen, Staphylococcus aureus und Katgutbacillus α (Brunner) inficirt waren.

Anstatt in Wasser kann das Ammonium sulphuricum in 1- oder 2%iger Karbollösung oder in $^1/_{10}$—$^1/_2$%iger Chromsäurelösung gelöst werden. Wie die Tabelle zeigt, wird Katgut viel schneller in der Karbollösung als in der einfachen wässrigen Lösung steril gemacht.

Im Allgemeinen habe ich Chromkatgut bereitet, indem ich das Katgut in einer heißen gesättigten Lösung von Ammonium sulphuricum in 1:1000 wässriger Chromsäurelösung 20—30 Minuten lang gekocht habe.

Die Lösungen können wiederholt gebraucht werden, da das Salz beim Erkalten der Lösung unverändert auskrystallisirt und durch Hitze wieder gelöst wird. Ein Überschuss von Ammonium sulphuri-

Dicke, sterile Katgutfäden wurden 24 Stunden lang mit Bouillonkulturen der Bakterien getränkt, dann getrocknet und in den Lösungen gekocht. Dieselben wurden in sterilem Wasser abgewaschen, in kleine Stücke geschnitten und in Nährbouillon gebracht.

Bacterium	In heißer gesättigter Lösung von Ammon. sulph. in Wasser gekocht. Temperatur 108° C.		In heißer gesättigter Lösung von Ammon. sulph. in 2%igem Karbolwasser gekocht. Temp. 108° C.	
Katgutbacillus α	Kontrolle	+ +	Kontrolle	+ +
	2 Minuten	+	1 Minute	—
	5 »	—	3 Minuten	—
	10 »	—	5 »	—
	15 »	—		
	20 »	—		
	25 »	—		
	30 »	—		
Staph. pyog. aureus	Kontrolle	+ +	Kontrolle	+ +
	1 Minute	+	1/2 Minute	+
	2 Minuten	+	1 »	—
	3 »	—	2 Minuten	—
	4 »	—	3 »	—
	5 »	—	4 »	—
	10 »	—	5 »	—
	15 »	—		
	20 »	—		
	30 »	—		
Staph. pyog. aureus von Phlegmone des Armes	Kontrolle	+ +	Kontrolle	+ +
	1 Minute	+	1/2 Minute	+
	2 Minuten	+	1 »	+
	3 »	—	2 Minuten	—
	4 »	—	3 »	—
	5 »	—	4 »	—
	10 »	—	5 »	—
	15 »	—		
	20 »	—		
Anthrax - Sporen. Bei Temperatur von 28° C. 48 Stunden lang gewachsen. Durch 5%ige Karbolsäure bei Zimmertemperatur in 3 1/2 Tagen getödtet. Durch Wasserdampf von 100° C. in 3—4 Minuten getödtet	Kontrolle	+ +	Kontrolle	+ +
	1 Minute	+	1 Minute	+
	3 Minuten	+	2 Minuten	+
	5 »	—	3 »	—
	10 »	—	4 »	—
	15 »	—	5 »	—
	20 »	—		
	30 »	—		
Bac. Anthrax u. Sporen. Durch Wasserdampf von 100° C. in 2—3 Minuten getödtet	Kontrolle	+ +	Kontrolle	+ +
	1 Minute	+	1 Minute	+
	3 Minuten	+	2 Minuten	—
	5 »	—	3 »	—
	10 »	—	4 »	—
	15 »	—	5 »	—
	20 »	—		
	30 »	—		

\+ = Wachsthum.
— = Kein Wachsthum.
\+ + = Starkes Wachsthum.

cum schadet nichts. Verdampft das Wasser, so setzt man einfach neues zu. Das Katgut verträgt mehrmaliges (3—6mal) Kochen 15 Minuten lang ohne sich zu verändern.

Das in dieser Weise sterilisirte Katgut wird von den menschlichen Geweben gut vertragen. Bei einer Anzahl von Operationen wurde es von mir und von mehreren Kollegen in hiesigen Hospitälern gebraucht und die Erfolge waren sehr zufriedenstellend. Wie schon oben erwähnt wurde, wird das Katgut zwischen dem 4. und 8. Tage resorbirt. Das Chromkatgut verschwindet natürlich viel später aus den Geweben.

Kurz zusammengefasst besteht also das Verfahren aus dem Folgenden:

1) Durch Chloroformäther entfettetes Katgut wird fest und in einer einzigen Lage auf kleine Glasrollen gewickelt.

2) Diese Rollen werden in einer gesättigten Lösung von Ammonium sulphuricum in kochendem Wasser 10—30 Minuten lang gekocht (für Chromkatgut wird 1:1000 wässrige Chromsäurelösung anstatt Wasser genommen) und

3) wenigstens $^1/_2$ Minute lang in warmem oder kaltem sterilen Wasser, Karbol- oder Sublimatlösung gründlich ausgewaschen und

4) in Alkohol aufbewahrt.

Die Zeit der Sterilisation kann auf 4—10 Minuten abgekürzt werden dadurch, dass man an Stelle des Wassers eine 2%ige Karbollösung nimmt.

Verf. glaubt, dass sich diese Methode vor allen anderen durch ihre Einfachheit und Billigkeit auszeichnet, so dass ein Jeder ohne jeglichen komplicirten Apparat und ohne Erfahrung rasch und billig steriles Katgut herstellen kann. Als weiteren Vorzug glaubt er auf die Unentzündbarkeit und den hohen Siedepunkt der Lösung hinweisen zu dürfen.

Über die theoretischen Grundlagen dieser Methode so wie über ein Verfahren, Schwämme in ähnlicher Weise durch Auskochen mehrmals sterilisiren zu können, werde ich später in einer ausführlichen Arbeit berichten.

---

1) **G. H. Makins.** Some impressions of military surgery in South-Africa.

(Brit. med. journ. 1900. Februar 10, 17 u. 24.)

In dem vorliegenden Berichte wird die Wirkung des Mausergeschosses bei solchen Verletzungen besprochen, welche den Knochen unversehrt lassen. Die durch das englische Lee Metford-Geschoss verursachten Verletzungen weisen im Wesentlichen denselben Charakter auf, wenn dieselben auch in Folge des größeren Durchmessers und Gewichtes so wie der stumpferen Beschaffenheit der Geschossspitze etwas schwerer sind, wie beim Mausergeschoss. Eine Ver-

änderung der Flugbahn kommt nicht zu Stande, und vermöge der außerordentlichen Durchschlagskraft wird im Körper ein langgestreckter Schusskanal bewirkt oder auch zwei und mehr je nach der Stellung des betroffenen Körpertheiles. Das Geschoss wirkt vornehmlich auf das vor seiner Spitze liegende Gewebe; die Wirkung nach den Seiten hin ist minimal. Schlägt dasselbe im rechten Winkel auf, so ist der Einschuss rund, wie mit einem Locheisen ausgeschlagen. Der Ausschuss bildet dann einen kleinen Schlitz. Kommt das Geschoss mehr schräg, so weist der Einschuss eine ovale Gestalt auf. Diese Verhältnisse ändern sich bei Deformirung des Geschosses, sei es, dass dasselbe im Körper auf einen Knochen aufschlägt, sei es, dass es schon vor Eintritt in den Körper deformirt, verbogen oder gestaucht worden ist, wobei sich der unbeschädigte Mantel in Querfalten um den Bleikern legt. Die schwersten Deformirungen entstehen durch Zerreißung des Mantels. Ist derselbe nur an der Spitze beschädigt, so kann er nach hinten vom Bleikern abgestreift sein, so dass er am hinteren Geschossende eine zackige Krause bildet; sonst kann er auch in Längsstreifen zerreißen. Die Verletzungen durch derartig deformirte Geschosse verlieren alles Charakteristische, Ein- und Ausschuss sind groß und zerrissen, der Schusskanal ist in entsprechender Weise verändert.

Die Verwundung durch das unveränderte Geschoss verursacht nur geringen Schmerz, meist ein brennendes Gefühl und, auch wenn wichtige Organe betroffen sind, nur geringen Chok. Die äußere Blutung ist gering, selbst in den meisten der Fälle, wo große Gefäßstämme der Glieder oder des Rumpfes betroffen sind. Solche Verwundungen führen meist zu intermittirender oder sekundärer Blutung, dagegen ist eine interstitielle oder eine Höhlenblutung innerhalb der ersten Stunden nach der Verletzung ein sehr gewöhnliches Ereignis. Primäre Verblutung auf dem Schlachtfelde hält Verf. für selten.

Eben so ist eine Infektion der Schusswunde selten. Fremdkörper, Fetzen von Bekleidungsgegenständen werden nur in einer geringen Anzahl von Fällen in die Wunde mitgerissen. Die Art der Bekleidung spielt dabei eine Rolle. Im Khakirocke findet sich nur ein kleiner Schlitz, während Flanellhemden meist größere Defekte aufweisen. Da, wo eine Infektion der Wunde in der Tiefe zu Stande kommt, zeigt der Entzündungsprocess wenig Neigung, sich über den ganzen Schusskanal auszubreiten. Vielmehr kommen Abscesse am Entstehungsorte zum Durchbruch. M. führt das darauf zurück, dass einerseits der Wundkanal fast völlig trocken ist, andererseits die durch das Geschoss komprimirten und oberflächlich zerstörten Gewebe einen Schutz gegen Infektion gewähren.

Während der Heilung zieht sich der Wundkanal zusammen, wobei der Einschuss zu einer kleinen in der Mitte schwarz gefärbten Delle wird, der Ausschuss meist zu einer gerötheten Narbe. Die entstehende Narbe des Schusskanals ist sehr derb und veranlasst

häufig Schmerzen und Beweglichkeitsstörungen. Ferner kommen durch dieselbe öfters Druckerscheinungen seitens der Nerven und der Arterien vor, während Ödem in Folge Druckes auf die Venen seltener ist. Die Behandlung ist sehr einfach; ein aseptischer oder antiseptischer Verband genügt; Fixation bei einfachen Fleischschüssen ist in den meisten Fällen unnöthig. Etwa im Körper gebliebene Geschosse, deren Zahl naturgemäß beschränkt ist, werden nur dann entfernt, wenn sie Störungen verursachen.

Häufiger war nach Arterienverletzung ein Aneurysma zu beobachten. Die Schwellung, welche anfänglich in Folge der Blutung in das Gewebe diffus war, weicht allmählich einer lokalen pulsirenden Geschwulst im Verlaufe des Arterienstammes. Sitz der Affektion waren die Aa. poplitea, femoralis, brachialis und ulnaris. Einmal wurde Tod beobachtet durch Ruptur eines nach einem Schusse in den zweiten linken Interkostalraum entstandenen Aneurysmas der A. subclavia.

Die bemerkenswertheste Eigenthümlichkeit der Gefäßverletzungen ist die häufige Entwicklung eines Aneurysma varicosum oder eines Varix aneurysmaticus. Das die Verletzung anzeigende charakteristische Geräusch war frühestens am 3., spätestens am 14. Tage wahrzunehmen, die Beschwerden waren allemal gering; nur einmal war ein leichter Grad venöser Stauung zu verzeichnen. Bei den Aneurysmen wurde häufiger die Unterbindung der betreffenden Arterie ausgeführt, während beim Aneurysma arterio-venosum in keinem Falle ein Eingriff gemacht wurde.

Weiss (Düsseldorf).

---

2) **Brunner** (Münsterlingen) und **C. Meyer** (Zürich). Praktische Erfahrungen und kritische Bemerkungen über den Werth der Pulverantiseptica bei der Wundbehandlung.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1900. No. 1.)

Verff. haben als Freunde der Antisepsis ein neues antiseptisches Streupulver, das Bismuthoxyjodidtannat, abgekürzt Ibit, mit den besten bisherigen Streupulvern, Jodoform, Airol u. A. bakteriologisch geprüft und kommen zu dem Ergebnisse, dass Ibit auf die Entwicklung von Bakterienkulturen auf Nährböden einen vollkommen hemmenden Einfluss hat und die wenig resistenten Mikroorganismen in kurzer Zeit abtödtet. Auf schon entwickelte Kulturen hat es keine Einwirkung. Dagegen gewinnt dasselbe, wenn es mit Eiter im Reagenzglase vermischt wird, schnell eine energische baktericide Kraft. Dabei habe es eine hervorragend desodorisirende Wirkung. Verff. empfehlen Ibitgaze anstatt der Jodoformgaze besonders da, wo Jodoformintoxikation zu befürchten ist, also bei schwachen und alten Individuen.

P. Stolper (Breslau).

---

3) **T. Husemann.** Weitere Beiträge zur chirurgischen Anästhesie im Mittelalter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 503.)

Die eine imponirende Gelehrsamkeit darthuende Arbeit hat nur historische, keine praktische Bedeutung, wesshalb Interessenten für ihren Gegenstand an dieser Stelle auf das Original zu verweisen sind. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) **N. Poroschin.** Zur Frage von den pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Organen beim Chloroformtod.

Diss., Kasan, 1899. (Russisch.)

Experimente und mikroskopische Untersuchung der inneren Organe von 2 beim Chlorformiren Gestorbenen. Resultate: 1) Das Chloroform ruft bestimmte Veränderungen in den inneren Organen hervor. 2) Diese Veränderungen tragen in den inneren Organen Herdcharakter, in den automatischen Herzganglien sind sie diffus. 3) In den Herzganglien und in der Zellgruppe des Respirationscentrums (Mislavski) findet man perinucleäre Chromatolyse und verschiedenes Verhalten zu Farbstoffen. 4) Im Herzmuskel, Leber, Niere und den Blutgefäßen der inneren Organe findet man eine ganze Reihe mehr oder weniger charakteristischer Veränderungen. 5) Beim mikroskopischen Studium der am Chloroformtode Gestorbenen muss man nach specifischen Veränderungen suchen, die durch das Chloroform hervorgerufen werden, und außerdem diejenigen Veränderungen studiren, die die Widerstandskraft des Organismus gegenüber dem Chloroform herabsetzen.

Der Arbeit sind 2 Tafeln angefügt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

5) **v. Schroetter.** Erkrankungen der Gefäße. I. Hälfte. Erkrankung der Arterien.

(Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel.)

Die hauptsächlichen Krankheitsbilder — Entzündung der Arterien, Arteriosklerose, Tuberkulose, Syphilis der Gefäße — werden in ausführlicher Weise unter eingehendster Berücksichtigung der Litteratur abgehandelt. Den weitesten Raum — die Hälfte des Ganzen — nimmt die Besprechung des Aneurysmas und seiner verschiedenen Formen ein. Bei der Reichhaltigkeit des Stoffes ist es nicht möglich, ein Referat der verschiedenen Abschnitte zu geben, zumal da die verschiedenen Ansichten der Autoren eingehend berücksichtigt sind und die eigene Ansicht des Verf. hinter denselben theilweise zurücktritt. Zahlreiche meist gute Abbildungen illustriren das Ganze. Das Buch hat für den Chirurgen besonderes Interesse und ist bei seinem fließenden Stil gut zu lesen. Es nimmt unter dem bis jetzt über die Erkrankung der Gefäße Geschriebenen wegen seiner Aus-



führlichkeit, seiner Übersichtlichkeit und der eingehenden sachgemäßen Kritik einen hervorragenden Platz ein. **Borchard** (Posen).

---

6) **Löwenbach.** Beitrag zur Histogenese der weichen Naevi.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 485.)

Die genaue histologische Untersuchung eines weichen Naevus an Serienschnitten führt den Verf. zu der Ansicht, dass nicht nur ein bloßes räumliches Nebeneinander von Blutgefäßen und Naevuszellsträngen bestehe, sondern dass die Naevuszellen direkt aus einer Wucherung der Gefäßendothelien hervorgehen können. Dieser Übergang von Endothelzellen in Naevuszellen geschehe entweder durch excentrische Endothelwucherung, indem die Endothelien die bindegewebige Hülle durchbrechen und nach außen vom Gefäße einen Naevuszellstrang bilden, welcher dann weiterhin unabhängig vom Gefäße seinen Weg nehmen kann, oder, viel häufiger, durch allseitige, koncentrische Endothelwucherung, wodurch die Lichtung verengert wird, schließlich verschwindet und so ein kompakter Strang gewucherter endothelialer Zellen von der Beschaffenheit eines soliden Naevuszellstranges gebildet wird. Verf. ist übrigens nicht der Ansicht, dass alle Naevi auf diese Weise entstehen, giebt vielmehr die Möglichkeit der Entstehung anderer Naevi auf andere Weise, insbesondere aus wuchernden Retezellen, zu.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

---

7) **A. Roth.** Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen und die Aufnahme des Quecksilbers bei dieser Behandlung.

(Pester med-chir. Presse 1900. No. 1 u. 2.)

Verf. stellte mit dem Quecksilbersäckchenverfahren nach Welander-Åhmann 12 Versuche bei mit sekundärer Lues Behafteten an. Die Füllung der Säckchen bestand zu Vergleichszwecken in einigen Fällen aus dem von Åhmann verwendeten Merkurial, in anderen aus dem »Pulvis cinereus Egger«, einer feinen Mischung der Kalium- und Natrium-Quecksilberamalgame mit Bolus alba. Die Säckchen wurden im Anfange täglich, später jeden 2. Tag mit 4 bis 5 g des Mittels beschickt.

Der Vergleich beider Mittel ergab, dass das »Pulvis cinereus Egger« mit den Vorzügen des Merkurial — es haftet gut auf den Säckchen und staubt nicht — eine erheblich größere Wirksamkeit als letzteres entfaltet.

Die Menge des durch den Harn ausgeschiedenen Hg kam in mehreren Fällen derjenigen nach der gewöhnlichen Schmierkur vorgefundenen gleich, übertraf somit wesentlich die Ausscheidung nach Merkurialbehandlung. R. konnte auch, gleich wie Schuster, feststellen, dass bei dieser Art der Behandlung die Aufnahme des Hg von der Haut und nicht allein durch Inhalation erfolgt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

8) **A. Jordan.** Über Behandlung der Syphilis mit Merkurial.

(Klinisches Journal 1900. Hft. 2. [Russisch.])

J. behandelte 16 Pat. mit dem Blomquist'schen Merkurial streng nach den Vorschriften Åhmann's. Davon waren 14 mit Sekundärsyphilis und 2 mit tertiärer. Von ersteren erwiesen sich 9 als geheilt, bei 5 mussten Injektionen oder Einreibungen gemacht werden. J. spricht sich dahin aus, dass die Behandlung mit Merkurial in Säckchen schwächer ist, als die anderen Methoden, und daher nur für leichte Fälle genügt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **Goldschmidt** (Breslau). Über die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis. Nebst Bemerkungen über Lueserscheinungen in den oberen Luftwegen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 43.)

Das Gesammtresultat seiner diesbezüglich reichen Untersuchungen und Beobachtungen fasst G. dahin zusammen, dass der glatten Atrophie der Zungenwurzel klinisch ein pathognomonisches Zeichen für tertiäre Syphilis nicht zukommt, dass die Flachheit der Drüsenregion an der Zungenwurzel mit einer schwachen Entwicklung der ganzen Zunge zusammenfallen kann, dass demnach die Zunge sich an der allgemeinen Degeneration des Organismus betheiligen kann, und dass man andererseits Fälle ohne tertiäre Syphilis findet, bei denen man bei sonst guter Entwicklung der übrigen Zunge klinisch von einer vorhandenen Atrophie der Zungenbasis sprechen kann. Nebenbei fügt G. auf Grund der Untersuchung von 200 Luesfällen, die sich nicht allein auf die Klärung dieser Frage erstreckte, Bemerkungen über Syphiliserscheinungen in den oberen Luftwegen hinzu. Von 160 Fällen der Frühstadien weisen 27 Hautsyphilide auf, darunter 17 Roseolae. Es ließ sich aber nicht ein sicherer Fall von Roseola im Kehlkopfe konstatiren. Pharyngitiden waren im Ganzen 16 zu verzeichnen, 13 weitere Fälle zeigten Plaques an verschiedenen Stellen des Pharynx. Weiter beobachtete G. 15 Laryngitiden, 2 Infiltrationen im Kehlkopfe im Sekundärstadium, 7 im Tertiärstadium. Ferner berichtet G. über 3 Fälle von Pusteln im Kehlkopfe mit Lokalisation in der Gegend der Aryknorpel. **Gold** (Bielitz).

---

10) **Goodale.** Acute suppurative processes in the faucial tonsils.

(New York med. journ. 1899. Oktober 7.)

Das Material zu den Untersuchungen G.'s boten 8 Beobachtungen von schwer entzündlicher Angina; nach der Tonsillotomie wurden die Mandeln in Serienschnitte zerlegt. G. glaubt annehmen zu können, dass die Abscessbildung in den Follikeln erst sekundär, von einer Streptokokkeninfektion der Krypten aus, erfolge, eine Vermuthung,

die sich aus der Verschiedenheit der angelegten Kulturen, aus dem differirenden Alter der Abscesse ergab und weiter aus der Beobachtung, dass trotz ausgesprochener proliferativer Entzündung die Tonsille nur wenige Abscesse in erster Entwicklung enthalten kann. Bei embolischer Natur der follikulären Abscesse wäre dagegen anzunehmen, dass sie nicht bei einander und im selben Stadium der Entwicklung sich vorfinden würden, und ihre Entwicklung der proliferativen Entzündung vorhergehen müsste.

Die Komplikation von circumtonsillärer Entzündung in 2 Fällen ließ sich auf Lymphgefäßinfektion zurückführen.

Gross (Straßburg i/E.).

---

11) C. Brunner. Über Kropfrecidive und Recidivoperationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Nach den vom Verf. zusammengestellten Angaben der Litteratur werden Kropfrecidive etwa in 31% der operirten Fälle beobachtet. Von diesen entfallen 18% auf Recidive in operirten, 23% auf solche in nicht operirten Schilddrüsenlappen (bei Weglassung von 199 Beobachtungen, die entsprechender Angaben entbehren). Erstere, die eigentlichen, genuinen Recidive prävaliren bei Enukleationen; bei letzteren bieten die verschiedenen Operationsverfahren gleiche Aussichten, im Allgemeinen ist eine nachträgliche Vergrößerung der zurückgelassenen Reste sehr häufig, eine Atrophie derselben seltene Ausnahme. Cystenkröpfe recidiviren anscheinend seltener als andere Kropfarten. Was die Ausdehnung der Recidive betrifft, so wurden von 539 nachuntersuchten Operirten nur 19 einer zweiten Operation unterzogen, und nur 4mal handelte es sich dabei um genuine Recidive. Die Zahlenwerthe sind indessen anscheinend viel zu gering, da die Fälle von Recidiv, die durch allmähliche Steigerung der Beschwerden zur Nachoperation führen, oft gar nicht mehr in die Protokolle des Nachuntersuchers gelangen.

Die Richtigkeit dieser letzteren Aufstellung wird vom Verf. des weiteren an seinem eigenen, etwa 100 Kropfoperationen umfassenden Materiale gezeigt, unter welchem sich drei — im Originale ausführlich wiedergegebene — Fälle von Recidiv befinden. Im ersten derselben lag die primäre Operation 30, im zweiten 11 Jahre zurück, im dritten war nach 4 Jahren die erste, nach 2 weiteren Jahren die 2. Recidivoperation vorgenommen worden. Bei zwei der Fälle wurde primär ein Lappen exstirpirt, und die Neubildung trat im zurückgelassenen Lappen auf, im dritten wurde auf der einen Seite enukleirt, auf der anderen resecirt; das Recidiv erfolgte hauptsächlich im enukleirten Theile. Wie schwierig oft solche Recidivoperationen werden können, ergab sich namentlich aus dem 3. Falle.

Für die Praxis ergiebt sich nach Verf., dass bei doppelseitigen Kröpfen, wo es die Verhältnisse gestatten, zweckmäßigerweise auf der einen Seite exstirpirt, auf der anderen resecirt werden soll. Bei soliden Kröpfen und multiplen Cysten ist die Exstirpation und

Resektion bezüglich des Dauerresultates der Enukleation vorzuziehen. Wo letztere aber ausgeführt wird, möge gleichzeitig die Unterbindung von mindestens einer der beiden Schilddrüsenarterien einer Seite vorgenommen werden, um die Gefahr eines Recidives zu verringern.

Honsell (Tübingen).

---

12) **König.** Chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 7.)

K. unterscheidet auf Grund seiner Beobachtung an 18 operirten Fällen (12 Frauen 6 Männer) die solitäre Tuberkulose der Drüsensubstanz ohne Kommunikation mit dem Nierenbecken, die pyelitische Form der Tuberkulose der Niere. Erstere Form kann nur ausnahmsweise diagnosticirt werden, letztere mit der größten Wahrscheinlichkeit auch ohne den Nachweis von Tuberkelbacillen. In einer Anzahl von Fällen bleibt die Diagnose zweifelhaft, eben so wie die über die Gesundheit der anderen Niere. Die Nierenresektion kommt kaum als Heilmittel in Betracht. Die Nierenexstirpation ist die einzig sichere Operation zur Beseitigung der Nierentuberkulose. Sie muss gemacht werden in einzelnen Fällen auch ohne genaue Diagnose, dass die Pyelitis eine Tuberkulose ist und ohne die bestimmte Kenntnis der Gesundheit der anderen Niere. Bei einer Reihe von Fällen ist es geboten, auch bei mäßiger Erkrankung der zweiten Niere, bei Blasenerkrankung, Erkrankung der Hoden und Prostata zu operiren. K. berichtet über derartige Fälle, die er durch Nierenexstirpation Jahre hindurch wesentlich gebessert hat. Es schließt sich an den Vortrag eine längere Diskussion (cf. dieselbe Nummer der Zeitschrift), in der Litten, Landau, Max Wolff, Casper, Fürbringer das Wort in ähnlichem Sinne nehmen unter Exemplificirung durch einige interessante Fälle. Die Vorträge sind genau in der betreffenden Zeitschriftnummer wiedergegeben.

Borchard (Posen).

---

13) **Bernhard** (Samaden). Über Blasenhernien und Blasenverletzungen.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1899. No. 23.)

Verf. fand bei 61 Radikaloperationen 3mal Cystocele. Er hat sie in keinem Falle vorher diagnosticirt. Das ist die Regel, und desshalb sind Verletzungen der Harnblase dabei so häufig und oft gefährlich. Ihm selbst ist die Eröffnung in allen 3 Fällen passirt. Man soll eine Blasenhernie vermuthen, wenn man einen großen Fettreichthum der Bruchgeschwulst findet, wenn eine härtere Stelle an der medialen Seite des Bruchsackes zu fühlen ist, und wenn blassrothe, netzförmig angeordnete Muskelfasern durchschimmern. Die Blasenverletzung ist ohne Bedeutung, wenn man sie sofort im gesunden Gewebe vernähen kann. Ist die Blasenwunde stark gequetscht, oder sind die Ränder allzusehr verdünnt, dann soll man ein entsprechendes Stück der Wand vor der Naht reseciren.

P. Stolper (Breslau).



14) **Sarda** (Toulouse). Sur le traitement de la tuberculose de la prostate.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 3.)

Die Tuberkulose der Vorsteherdrüse bedarf zuweilen, wie dies ein ausführlich beschriebener Fall lehrt, chirurgischer Behandlung. Injektion von Argentum nitr., Jodoform, Chlorzink reichen oft nicht aus, man müsse oft blutig operiren. Der Weg durch den Damm sei der günstigste. Oft geben Abscesse, Fisteln die Richtung an. Wenn man gezwungen ist, größere Theile der Prostata oder die Samenblasen zu entfernen, dann sei der Längsschnitt dem queren vorzuziehen.

P. Stolper (Breslau).

---

15) **W. S. Perlis.** Über Radikalbehandlung der Uterusmyome.

Kijew, 1899. (Russisch.)

Für die radikale Behandlung stellt P. folgende Indikationen auf: Starke Blutungen, Druck der Geschwulst auf die Nachbarorgane, Schmerzen, Eiterung, Gangrän, rasches Wachsen, das auf sarkomatöse Entartung hinweist, Komplikation mit Schwangerschaft, Stieldrehung, Uterusprolaps und -Inversion, bedeutende Größe der Geschwulst bei jungen Individuen und drohende Affektion des Herzens. Von den verschiedenen Operationen giebt P. der supravaginalen Amputation den Vorzug. Er führte sie 58mal aus mit einer Sterblichkeit von 3,6% (2 Pat.). Total muss der Uterus nur in folgenden Fällen entfernt werden (durch Laparotomie): Vereiterung, tiefe Lage mit schwieriger Stielbildung, Lage im Ligament zwischen Scheide und Mastdarm, im kleinen Becken bei bedeutender Größe, sarkomatöser und krebsiger Degeneration. Nur die vaginale Excision kann mit der supravaginalen Amputation konkurriren, ist aber lange nicht in allen Fällen ausführbar.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **Schiller.** Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne dass klinische Erscheinungen von Gonorrhoe vorhanden sind?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 41.)

S. bejaht die im Titel gestellte Frage. Seine Untersuchungen an einem großen Materiale ergaben, dass sich in allen Fällen, wo Gonokokken nachzuweisen sind, auch pathologische Sekrete aus den Schleimhäuten finden. S. hat in 3 Fällen erst nach Auskratzungen Gonokokken nachweisen können.

Gold (Bielitz).

---

17) **v. Wyss** (Zürich). Beitrag zur Kenntnis der Entwicklung des Skeletts von Kretinen und Kretinoiden.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 1—3.)

Eine sehr fleißige und erschöpfende Arbeit mit sorgfältig zusammengestellten Krankengeschichten, die zum Theil ganze Familien umfassen.

Das Resultat seiner Untersuchungen fasst v. W. in folgenden Schlusssätzen zusammen.

»1) Bei allen beobachteten Kretinen und Kretinoiden von den verschiedensten Altern und Graden ist nirgends eine Andeutung von vorzeitiger Verknöcherung zu bemerken, weder von vorzeitigem Auftreten von Knochenkernen, noch von frühzeitiger Synostose.

2) Alle Individuen, die nach Herkunft und körperlichem und geistigem Befunde zweifellos als Kretinen oder Kretinoiden zu betrachten sind und die noch im Entwicklungsalter oder wenige Jahre darüber stehen, zeigen eine Hemmung in der Verknöcherung des knorpligen Skeletts, die sich in späterem Auftreten der Knochenkerne und in langsamerem Verschwinden der Epiphysen äußert.

3) Der Unterschied in der Ossifikation gegenüber der Norm beträgt in der Regel nur wenige Jahre, wenigstens für die makroskopische Untersuchung und die noch gröbere Methode der Röntgenstrahlen; es ist somit nur ausnahmsweise nach 25 Jahren noch ein abnormer Befund zu erwarten.

4) Die verlangsamte Ossifikation zeigt sich an den Handknochen, von denen ich die größte Beobachtungsreihe besitze, in folgender Weise:

a. sie geht im Allgemeinen der normalen Ossifikation parallel, d. h. die Knochenkerne erscheinen und synostiren in derselben Reihenfolge wie beim Gesunden;

b. sie entspricht ungefähr der Hemmung des Längenwachsthums des Individuums.«

Die recht lesenswerthe Arbeit wird durch zahlreiche gute Photographien und Röntgenbilder illustrirt. **H. Wagner** (Breslau).

---

18) **A. Grosse.** Contribution à l'étude des exostoses multiples de croissance coincidant avec des arrèts de dévelloppement et des déformations de squelette.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 6.)

Der Autor begleitet die Beschreibung eines einschlägigen Falles bei einem 15jährigen Knaben mit deutlicher rachitischer Veranlagung, bei welchem zugleich mit der Rachitis die Exostosen auftraten, mit einer ausführlichen und gut orientirenden Übersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse über das Wesen der Wachsthumsexostosen, auch namentlich in Bezug auf das Gegenseitigkeitsverhältnis des Längenwachsthums, Hyperostose der betroffenen Knochen, Gelenkverbiegungen u. dgl. Gegenüber den beiden Theorien von Volkmann, der die Rachitis zur Erklärung heranzog, und der namentlich von Bessel-Hagen vertretenen mit ererbter Anlage und den nahen Beziehungen gewissermaßen zur Quantität der Knochenmasse, ist er geneigt nach der Volkmann'schen Theorie die Krankheit als eine Äußerung der Rachitis zu halten. Angefügt sind 12 Beobachtungen aus der Litteratur in ihren wesentlichen Zügen.

Herm. Frank (Berlin).

19) F. Klaussner. Über Missbildungen der menschlichen Gliedmaßen und ihre Entstehungsweise.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1900. 151 S.

Ein reiches Krankenmaterial bietet uns der Verf. im vorliegenden Werke, das Jedem, der sich über die Extremitätendeformitäten orientiren will, eine angenehme Gabe sein wird.

In der Eintheilung des Buches ist K. dem Vorschlage Kümmel's gefolgt, dessen Ansichten Betreffs der Entstehung der Missbildung der Verf. sich meist anschließt. Vor jede Gruppe sind die dieselben charakterisirenden Merkmale in engem Anschlusse an Kümmel's und Kirmisson's Arbeiten gesetzt. Zahlreiche sehr gute photographische Abbildungen und Röntgenphotopraphien unterstützen das Verständnis des sehr netten Werkes. **H. Wagner** (Breslau).

---

20) G. Joachimsthal. Die angeborenen Verbildungen der oberen Extremitäten. Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Ergänzungsheft 2.)

Beinahe zu derselben Zeit wie das Klaussner'sche Werk über Extremitätendeformitäten erschien vorliegender Atlas. J. folgt nicht der Eintheilung, wie sie Kümmel, Kirmisson, Klaussner einschlagen, sondern beschreibt die Deformitäten nach den einzelnen Abschnitten der Extremität — Schulterblatt, Röhrenknochen, Hand. Die Zusammenstellung enthält lediglich nur eigene Beobachtungen. Die 8 Tafeln des Atlas bringen 33 außerordentlich schöne Röntgenbilder, deren Reproduktion ganz vollendet ist. Der Text ist übersichtlich und klar geschrieben. **H. Wagner** (Breslau).

---

21) G. Kuss et E. Fereon. Note sur deux cas d'hypertrophie congénitale des membres. De la nécessité d'une classification nouvelle des faits d'hypertrophie congénitale.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 6.)

Kirmisson hat für die angeborene Hypertrophie die Eintheilung der Fälle in 2 Gruppen vorgeschlagen, die Hypertrophie mit gleichmäßiger Entwicklung der Theile (Hypertrophie régulière) oder mit ungleichmäßiger Entwicklung (Hypertrophie irrégulière), sei es durch übergroßes Volumen, oder durch aufgepflanzte Geschwulstbildung. Der Autor bringt für jede dieser Gruppen hier ein Beispiel: »Einen $10^1/_2$jährigen Knaben mit ungleichmäßiger Hypertrophie des rechten Vorderarmes und der rechten Hand nebst Geschwülsten am Ellbogen und der Rückenfläche der Hand, und ein $2^1/_2$jähriges Mädchen mit gleichmäßigem Riesenwachsthum der oberen und unteren linken Extremität. Im letzteren Falle konnten sonstige trophische Veränderungen (Muskelfunktion) nicht erkannt werden, im ersteren Falle dürfen auf Rechnung dieser noch Hautverdickungen, Hyperpigmen-

tation und Hypertrichosis, auch kleine subkutane Angiome und Naevi pigmentosi gestellt werden. Man kann die obige, die äußere Form berücksichtigende Eintheilung noch weiter specificiren, indem man auch das sonst gebräuchliche topographische Princip mit einführt. Man kann dann bei der gleichmäßigen Hypertrophie Unterabtheilungen bilden, je nachdem eine Körperhälfte ganz oder ein Glied ganz betheiligt ist, und indem man bei der ungleichmäßigen Entwicklung mit ihren beiden Specifikationen auch noch berücksichtigt, ob nur ein oder mehrere Segmente oder die Kopfextremität betheiligt sind. — Eine Übersicht über die Titel der einschlägigen Litteratur ist beigefügt.

Herm. Frank (Berlin).

---

22) **V. Ménard** und **P. Guibal.** Gibbosités expérimentales.

(Revue d'orthopédie 1900. No. 1 u. 2.)

Die Arbeit, welche den Zweck hat, die statischen Verhältnisse der Wirbelsäule zu ergründen, wenn ein oder mehrere Wirbel an den verschiedenen Bezirken derselben ausfallen, weggenommen worden sind, zerfällt in 2 Theile. Zu Grunde gelegt sind nur die Verhältnisse bei Kindern im Alter von 6—15 Jahren, deren Wirbelsäulen nach Ablösung der Weichtheile in der Ruhe und in der Bewegung, sodann im Zustande der Pott'schen Knickung zuerst von außen, dann in Medianschnitten betrachtet werden, um diese experimentell gewonnenen Bilder mit den wirklich pathologisch entstandenen Veränderungen vergleichen zu können. Zahlreiche Abbildungen geben diese Verhältnisse wieder. Im 1. Theile der Arbeit werden die physiologischen Bewegungen der Wirbelsäule in ihrer Breite, ihrem Mechanismus und in ihren verschiedenen Faktoren studirt, woraus sich Folgendes ergiebt. Die Beugungsfähigkeit der Wirbelsäule ist nur schwach entwickelt an den 5 ersten Halswirbeln, vom 6. bis 10. Brustwirbel und in der Höhe der 3 letzten Lendenwirbel, stark ausgeprägt vom 6. Hals- bis zum 6. Brustwirbel und vom 10. Brust- bis 2. Lendenwirbel, also an den Übergangsbezirken der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte. Das Maximum der Beugung findet Weber am 4.—6. Halswirbel, Malgaigne und Chassaignac häufig am 5.—7. Halswirbel; aber auch mit häufigeren Abweichungen. Nach den letzteren Autoren ist weiter unten die Beugungsfähigkeit am stärksten vom 11. Brust- bis 3. Lendenwirbel. Mit diesen Ergebnissen der anatomischen Betrachtung stimmen gewisse Erfahrungen der Praxis überein. Entsprechend den Stellen, wo die Bänder der Wirbelsäule den größten Spielraum geben, und die Wirbelsäule in sich am lockersten ist, finden sich am leichtesten traumatische Zusammenhangstrennungen, einfache oder mit Brüchen komplicirte Verrenkungen. Die Häufigkeit der Verrenkungen in absteigender Reihe betrifft den 5. Halswirbel auf den 6., den 6. auf den 7., den 7. Hals- auf den 1. Brustwirbel, den 12. Brust- auf den 1. Lendenwirbel, den 10. Brustwirbel, den 1. Lendenwirbel. Verrenkungen der mittleren Brustwirbelreihe kommen nur ganz ausnahmsweise vor. Die Streck-

fähigkeit der Wirbelsäule ist schwach ausgeprägt am Rücken, stark im Hals- und Lendentheile, die seitliche Neigungsmöglichkeit ist sehr groß am Halse, mittel im Lendentheile, sehr wenig ausgesprochen am Rücken; die Drehung ist besonders beträchtlich am Halse, in dem unteren Brustbezirke, sie fehlt ganz an dem mittleren Brust- und im Lendenbezirke. Jeder einzelne Bezirk der Wirbelsäule auf seine Beweglichkeit hin betrachtet ergiebt folgende Verhältnisse: Der Halsabschnitt ist am beweglichsten; er beugt sich zwar wenig, mit Ausnahme des unteren Theiles, die Streckung ist aber sehr ausgiebig, und die hinteren Bogen sacken sich in Folge dessen sehr stark über einander; eben so ist die seitliche Neigung und die Drehung sehr ausgesprochen. Am Rückentheile kann sich die Wirbelsäule nur mäßig zurückstrecken, die Beugung ist oben und unten stark, im mittleren Theile sehr wenig, die Drehung ist unten sehr ausgesprochen, die seitliche Neigung wenig beträchtlich. Der Lendentheil beugt sich wenig, streckt sich gut, seitliche Neigung ist möglich, Drehung so gut wie gar nicht vorhanden. Die Kenntnis dieser Verhältnisse erleichtert die Erkennung einer Wirbelverrenkung im frühen Stadium. Man wird darauf aufmerksam werden, wenn am Halstheile Streckung und seitliche Neigung beschränkt sind, am Rückentheile durch Aufhebung der seitlichen Neigung, am Lendentheile durch Unmöglichkeit seitlicher Neigung und Streckung.

Im 2., eigentlich experimentellen Theile beschäftigten sich die Autoren mit der Frage, wie sich nach Herausnahme von 1—3 Wirbelkörpern die Wirbelsäule formirt, wobei natürlich die einzelnen Abschnitte derselben entsprechend den ihnen eigenthümlichen Einrichtungen — Bau der hinteren Bögen, Beweglichkeit etc. — sich verschieden verhalten. Nimmt man am Halstheile, dem beweglichsten der ganzen Säule, einen oder mehrere Körper weg, so zeigt sich, dass die Einknickung nicht »vollständig« werden kann; das obere Segment kann nicht auf das untere bis zur Berührung heruntersinken, weil die vorderen Bogenhälften und die seitlich ansitzenden, nicht hinten, wie in den unteren Abschnitten, gelegenen Querfortsätze, eingekeilt zwischen beiden Segmenten, ihre Annäherung hindern. Andererseits sieht man, dass die hinteren Bögen unter dem Einflusse des Druckes sich so auf einander sacken können, dass dieser Theil die Hälfte seiner Höhe einbüßen kann. Wenn also die Halswirbelsäule nicht so vollständig einknickt, als der Ausdehnung des Processes über die Wirbelkörper und ihrer Einschmelzung zu entsprechen scheint, so liegt dies einmal an dem Zwischenliegen der das Körpervolumen ersetzenden Querfortsätze, andererseits wird die Knickung durch die einsinkenden hinteren Bögen zum Theil wieder ausgeglichen. An der Rückenwirbelsäule liegt die Sache ganz anders. Hier ist der Grad der Buckelbildung durchaus entsprechend der Ausdehnung des Einschmelzungsprocesses und der Zahl der verschwundenen Wirbelkörper. Das einzige Hemmnis für die Buckelbildung ist der Brustkorb. Er giebt bei der sehr beschränkten Streckfähigkeit und dem

unmittelbaren Übereinanderliegen der Dornfortsätze und hinteren Bögen kein merkliches Aufeinandersacken, und die beiden Segmente ober- und unterhalb der Erweichungsstelle können sich spitzwinklig, »faltenförmig« zusammenlegen. In den tieferen Höhenlagen gehört allerdings ein stärkerer Druck dazu. Die Verhältnisse im Lendentheile liegen in der Mitte zwischen den Phänomenen am Hals- und Brusttheile. Das Aufeinandersacken der hinteren Bögen entsprechend der Streckmöglichkeit beträgt ungefähr bis $^1/_4$ der Höhe Die Einknickung ist leicht und vollkommen, wenn nur ein Wirbelkörper ausscheidet, schwer, wenn mehr als 2—3 Körper zerstört sind, weil hier wieder die langen und horizontal gelegenen Querfortsätze im Wege sind.

Diese experimenentell gewonnenen Ergebnisse stimmen genau mit dem pathologischen Bilde bei der Spondylitis überein. Im Halstheile, aber auch im Lendentheile ist die Buckelbildung gegenüber der Ausdehnung und Intensität des Erweichungsprocesses verringert, im Brusttheile entspricht der Buckel, die Einknickung der Wirbelsäule der Zahl der erkrankten Wirbelkörper.

Herm. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

23) **Fevrier et Gross** (Nancy). Deux observations de la brûlure par la radiographie.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 3.)

Bei einem Arzte bildete sich in Folge einer Exposition von höchstens $^1/_4$ Stunde 3 Tage nachher ein Erythem der Haut des Handrückens, welches in der 3. Woche erst seinen Höhepunkt erreichte und später bei neuer Durchleuchtung wiederkehrte. — Eine ungleich tiefere, ekzemartige, bis zur Schorfbildung führende Hautentzündung entstand an dem Handrücken eines Matrosen, dessen Hand man 3 Tage hinter einander, am 3. Tage 45 Minuten lang bei einem Röhrenabstande von 11 cm, durchleuchtet hatte. Die Verff. empfehlen, wie dies auch von anderer Seite geschehen ist, zur Ableitung der die Verbrennung verursachenden elektrischen Strahlen die Zwischenschaltung eines Aluminiumblättchens.

P. Stolper (Breslau).

24) **F. Stahl.** Gangrenous dermatitis complicating typhoid fever.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. März.)

F. hatte Gelegenheit, unter 144 Typhusfällen 10mal die so seltene Komplikation der Hautgangrän zu beobachten. Er giebt von diesen Fällen ausführliche, mit guten Photogrammen illustrirte Krankengeschichten. Die meisten Pat. waren unter 25 Jahre alt. Die Affektion trat ein, wenn das Höhestadium des Typhusfiebers überschritten war. In fast allen Fällen bestanden sonstige Störungen seitens des Cirkulationsapparates: außerordentlich schwacher oder fehlender 1. Herzton, Mitralinsufficienz, Cyanose der Extremitäten, Hyperämie des Gesichtes, unreiner 1. Herzton und Accentuirung des 2., ausgesprochene Arteriosklerose in einem großen Procentsatze der Fälle, Phlegmasia; dazu die ovale Form der befallenen Hautpartie. All diese Umstände veranlassen F., die Affektion auf einen embolischen oder thrombotischen Ursprung zurückzuführen.

Klinisch zeigte sich die Erkrankung entweder sofort als trockene Gangrän oder zunächst in Form von Blasenbildung; auffallenderweise blieben die Extremitäten meistens verschont, am häufigsten lokalisirte sich die Erkrankung an Rumpf

und Gesicht, ohne übrigens etwa dem Drucke ausgesetzte Stellen zu bevorzugen. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Heilung der resultirenden Geschwüre sehr schnell, oft entstanden unterdessen an anderer Stelle neue.

Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab nur Staphylococcus pyogenes albus und aureus, von den Geschwüren wuchsen natürlich auch zahlreiche andere Bakterien.

Von den 10 Fällen endeten 3 mit dem Tode. Die Behandlung bestand in Reinigung der Geschwüre und Applikation von Acetanilid und Bovinine, innerlich wurde Whisky, Strychnin und ein Eisenpräparat verabreicht.

R. v. Hippel (Dresden).

25) **Casarini.** Cura dell' epitelioma col metodo Czerny-Trunecek.

(Gaz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 30.)

(Soc. med. chir. di Modena. Sed. del 2 febbraio 1900.)

C. hat die Behandlungsmethode der Hautkrebse nach Czerny-Trunecek bei 5 Kranken angewandt. Nur in einem Falle, in dem ein großer Reichthum von Epithelien vorhanden war, wurde Heilung erzielt, während die Autoren gerade die epithelreichen Carcinome als ungünstig und ungeeignet für die Methode bezeichnet haben. Die oberflächlichen Cancroide dürfen als beweiskräftiges Material nicht herangezogen werden, da sie mit vielen Mitteln erfolgreich zu behandeln sind. Auch flüchtige Epidermisirung, auf die bald wieder Geschwürsbildung bösartigen Charakters folgt, ist nicht beweiskräftig.

Dreyer (Köln).

26) **A. Worobjew und A. Lebedew.** Ein Fall von Carcinoma multiplex cutis.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 2.)

Die 25jährige Pat. hat von Kindheit an ein dunkles Muttermal über der Stirn. Seit 5 Jahren zeigten sich an der oberen Hälfte des Körpers immer mehr dunkle Geschwülstchen, die am Kopfe über der Stirn zu einer 9×8 cm großen, blumenkohlartigen Geschwulst zusammenflossen. In der Klinik zählte man an Kopf, Hals, Thorax und oberen Extremitäten 478 Knötchen bis Haselnussgröße. Man diagnosticirte auf wahres melanotisches Sarkom und machte As-Injektionen, die aber nur sehr geringen Erfolg hatten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die wahre Natur: die Knötchen waren melanotische Medullarcarcinome.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

27) **Köhl** (Chur). Pachymeningitis haemorrhagica interna traumatica.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1899. No. 20.)

Bei einem 40jährigen Manne stellten sich $1^1/_2$ Monate nach einer rasch, aber nicht ohne Eiterung geheilten Kopfquetschung allmählich heftiger werdende einseitige Kopfschmerzen und eine Parese der linken Körperhälfte ein, schließlich nach einer langen Postwagenfahrt Somnolenz. Der behandelnde Arzt diagnosticirte Hirnabscess, während K. in Erinnerung an einen ähnlichen Fall und mit Rücksicht auf die plötzliche Steigerung der Symptome während der Postfahrt und den späteren Nachlass derselben an Durablutung dachte. Er trepanirte in dem behaarten Theile des Stirnbeines, nahe der Mittellinie, in der Annahme, dass sich das Extravasat an der Hirnsichel am dicksten zu entwickeln pflegt. (Warum nicht temporäre Resektion? Ref.) Es entleerte sich viel blutige Flüssigkeit. Tamponade. 3 Monate danach befand sich der Pat. vollkommen gesund. v. Bergmann hat der Eröffnung des Schädels bei Pachymeningitis haemorrhagica in seiner »Chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten« nicht das Wort geredet, weil sie meist doppelseitig und weil die der Blutung zu Grunde liegende Erkrankung der Dura eine schlechte Prognose gäbe. K. glaubt die Trepanation als ungefährliche Operation mit Rücksicht auf diesen Fall empfehlen zu können.

P. Stolper (Breslau).

28) **Lucae.** Fünf Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis ohne Hirnerscheinungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 40.)

Es handelte sich um einen 17jährigen Studirenden, welcher im Anschlusse an eine schwere rechtsseitige Mittelohrentzündung, die einen kariösen Process im Warzenfortsatze zur Folge hatte, erkrankt war. Die indicirte Trepanation zeigte am hinteren oberen Umfange des freigelegten Warzenfortsatzes eine 10pfennig-große Knochenlücke, die Dura dem entsprechend freiliegend und bedeckt mit einem unregelmäßig dreieckigen Sequester in der Größe eines Quadratcentimeters. Nach Entfernung dieses Knochenstückes zeigte sich in der Dura und Arachnoidea gleichfalls eine Öffnung, aus der neben Blut massenhaft Liquor cerebro-spinalis abfloss und trotz aller Tamponade das Operationsfeld derart überschwemmte, dass ein weiterer operativer Eingriff aufgegeben werden musste. Dieser Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis war in den ersten 2 Wochen nach der Operation noch ein sehr reichlicher, nahm dann allmählich ab und hörte nach ungefähr 5 Wochen gänzlich auf. Hervorzuheben ist, dass während dieser ganzen Zeit, abgesehen von Erbrechen am Operationstage, welches durch die Narkose bedingt war, niemals Hirnerscheinungen auftraten, weder Fieber noch Schwindel vorhanden war und auch der Puls nichts Abnormes darbot. **Gold** (Bielitz).

29) **Roncali** (Rom). Un cas d'abscès traumatique du lobe temporo-sphénoïdal droit.

(Travaux de neurol. chir. 1900. No. 1—4.)

R. giebt die genaue Krankengeschichte eines von Durante operirten 7jährigen Mädchens, welches 6 Monate zuvor aus dem Fenster auf den Kopf gestürzt war und danach eine längere Zeit eiternde Wunde der Kopfhaut hatte. Durante entleerte eine ausgedehnte Abscesshöhle im Schläfenlappen. Trotzdem ging das Kind nach vorübergehender Besserung am 36. Tage an eitriger Meningitis zu Grunde. Die Obduktion lehrte, dass neben dem entleerten Abscess noch ein zweiter, nicht kommunicirender bestand, der im Leben keine Herdsymptome gemacht hatte. Die klinischen Symptome und die pathologisch-anatomischen Verhältnisse sind eingehend beschrieben und mit guten Abbildungen belegt. Das Detail interessirt mehr den Neurologen als den Chirurgen.

P. Stolper (Breslau).

30) **Struppler.** Über einen Fall von primärer isolirter Läsion des Sprachcentrums nach Trauma (Hämatoencephalie) und sekundärer Jackson'scher Rindenepilepsie mit Rückgang der Erscheinungen ohne Trepanation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 12.)

18jähriger Mann erlitt eine mittelschwere Commotio cerebri durch Schlag auf den Kopf mit einer Hirschhornkrücke. Wenige Minuten nach dem Trauma wurde eine primäre Läsion des Sprachcentrums deutlich. Nach 3 Tagen Facialisparese, symptomatische Rindenepilepsie nach 7 Tagen, die spontan nach 2 Tagen zurückging. Aphasie und Facialisparese ging spontan in 5 Wochen zurück. Eine Meningealblutung so wie Hämatom der Dura glaubt Verf. ausschließen zu können. Mit großer Wahrscheinlichkeit glaubt er eine Hämorrhagie aus der linken Art. fossae Sylvii annehmen zu müssen. (Subpiales Hämatom.)

Borchard (Posen).

31) **Coester** (Wiesbaden). Ein Beitrag zu der Entstehung der Erkrankungen des Centralnervensystems, in specie der multiplen Sklerose durch Trauma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 43.)

Ein 36jähriger Arbeiter verunglückte gelegentlich der Ausführung von Erdarbeiten dadurch, dass er durch die Wucht auf ihn stürzender gefrorener Erdmassen



zu Boden geworfen wurde. Die Folge davon war zunächst ein linksseitiger Knöchelbruch mit starker Quetschung des Fußgelenkes und theilweiser Zerreißung des Bandapparates. Einige Monate darauf bot der Verletzte Erscheinungen einer Rückenmarkserkrankung, welche sich in Ataxie, Parese beider Beine, in taumelndem Gange, Nystagmus, Sprachstörungen etc. dokumentirten. Gegenüber dem Urtheile des behandelnden Arztes, dass der Unfall in keinem Zusammenhange mit der Rückenmarkserkrankung sei, vertrat C. in einem Supergutachten seine Ansicht dahin aus, dass die bei dem Verletzten konstatirte multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarkes durch den Unfall herbeigeführt sei, indem er annimmt, dass die bedeutende Gewalt, welche den Mann zu Boden warf, auch eine Erschütterung des Centralnervensystems erzeugen konnte, wie sie zu dem Zustandekommen der vorliegenden Erkrankung nothwendig ist. Auch erscheint die Annahme unrichtig, dass eine Verletzung des Rückenmarkes oder eine schwere Verletzung des Rückens nöthig sei, um das Krankheitsbild der multiplen Sklerose hervorzurufen, worauf schon Erb hingewiesen hat. Der Fall C.'s bestätigt im Übrigen die Beobachtungen Mendel's über die Beziehungen des Traumas zur Tabes und zeigt die Wichtigkeit bezüglich der Kenntnis von der Möglichkeit der Entstehung der Sklerosen durch ein vorausgegangenes Trauma. **Gold** (Bielitz).

32) **J. G. Clegg and F. C. Moore** (Manchester). A case of bilateral ganglionic neuro-gliomata of the face.

(Med. chronicle 1900. März.)

Bei einem 9 Monate alten, gesunden Kinde wurden zwei ovale, im Längsmesser fast 2 cm lange Geschwülste entfernt, die zu beiden Seiten der Nasenbeine saßen. Dieselben waren gegen die Knochenunterlage verschieblich, schmerzlos und bestanden seit der Geburt, allmählich größer werdend. Beide Geschwülste, von einer Kapsel begrenzt, zeigten mikroskopisch neben Gliagewebe und Nervenfasern ganglionartige Zellen. Das Nachbargewebe war normal. Delépine erklärte die Geschwulst danach für ganglionhaltige Neurogliome, deren Entstehung in einer Entwicklungsstörung zu suchen und deren Zusammenhang mit den Lobi olfactorii höchst wahrscheinlich ist. Einen ähnlichen Fall hat A. Key beschrieben. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

33) **C. A. Oliver.** A case of traumatic varix of the orbit in which ligation of the left common carotid artery was successfully performed.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. März.)

27jähriger Trinker, der im Alter von 4 Jahren offenbar einen Schädelbasisbruch erlitten hatte, erhielt einen Faustschlag gegen das linke Auge. Im Laufe von 4 Tagen entwickelt sich ein hochgradiger Exophthalmus mit starker Schwellung der Lider, enormer Chemose, fast vollkommen aufgehobener Bewegungsfähigkeit des Auges, Pupillenstarre, Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_8$, starker Erweiterung und Schlängelung der Retinalvenen. Dazu ein systolisches lautes Brausen, hör- und fühlbar in der linken Schläfengegend; keine Pulsation des Exophthalmus. Bei Kompression der linken Carotis communis sinkt der Bulbus sogleich in normale Lage zurück, das Sausen in der Schläfengegend hört auf.

Unter 11 Tage lang fortgesetzter Digitalkompression der Carotis verschlimmert sich der Zustand dauernd. Daher Unterbindung der Carotis communis, wonach in einigen Wochen die Erscheinungen fast zur Norm zurückgehen. Pat. wird mit $S = {}^1/_{10}$ entlassen, kommt aber 5 Monate später mit absolutem Sekundärglaukom und totaler Amaurose wieder. Der Exophthalmus ist nicht wieder aufgetreten.

Verf. meint, dass sich bei Gelegenheit des Schädelbruches bereits ein Aneurysma varicosum oder ein Varix aneurysmaticus zwischen Carotis interna und Sinus cavernosus gebildet habe, aber symptomlos getragen wurde, bis der Faustschlag die Kommunikation zwischen beiden erweiterte und so den venösen Blutleiter unter vollen arteriellen Druck brachte. Für die Entstehung des Sekundärglaukoms giebt er keine nähere Erklärung. **R. v. Hippel** (Dresden).

34) **Dupraz** (Genf). Un cas d'anthrax grave de la lèvre supérieure par le sérum de Marmorek. Guérison.

(Arch. prov. de chir. 1900.)

Ein an der Oberlippe einer 72jährigen Frau sich entwickelnder Karbunkel zeigte trotz Incision und Auskratzung, welche am 3. Tage vorgenommen wurde, keine Neigung, zu heilen; desshalb macht D. am 7. Tage 2 Seruminjektionen, Vormittags 10 ccm, Nachmittags 20 ccm. Abends war bereits die Temperatur normal; die Lippe heilte dann. D. hat keine bakteriologische Untersuchung gemacht.

P. Stolper (Breslau).

35) **N. K. Manowski.** Über die chirurgische Behandlung der krupösen und diphtherischen Kehlkopfstenosen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 2.)

Die Prognose des typischen Krups ist bei interner Therapie sehr schlecht; M. beobachtete eine Masernepidemie, wo in der Rekonvalescenzperiode sehr häufig Krup als Komplikation auftrat; alle 46 Pat. mit diesem Krup starben. Seit 1888 behandelt er diese Kehlkopfstenosen mit Tracheotomie. Die Hauptbedingung bildet dabei die Nachbehandlung: die Kinder müssen 5—6 Tage sorgfältig bewacht werden, und so wie der Husten schwach wird und im Kehlkopfe sich Membranen und Schleim bilden, die nicht ausgehustet werden, müssen weiche Federn (am besten Taubenfedern) in die Trachea eingeführt und damit die Membranen und der Schleim entfernt werden; gleichzeitig werden die Kinder angehalten, recht viel zu husten. Von 37 bei Krup Operirten starben 4 und eben so viel von 17 mit Diphtherie. Die Serumbehandlung besserte die Resultate: ohne Serum starben 6 von 34, mit Serum nur 2 von 17. Gleichzeitig wird die Nachbehandlung leichter, da der Schleim sich leichter ablöst.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **Weiller.** La médication thyroidienne dans le traitement du goître exophthalmique.

(Presse méd. 1898. No. 71.)

Mittheilung eines weiteren Falles von Kropf mit Exophthalmus, wo die Darreichung von Jodothyrintabletten zur Heilung führte, nachdem jede andere Behandlung versagt hatte. Wenn auch die Zahl der gebesserten und geheilten Fälle dieser Form von Morbus Basedow noch klein ist, so dass bei derselben von manchen Autoren die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten geradezu als kontraindicirt angesehen wird, will Verf. doch durch seinen mitgetheilten Fall von Neuem wieder anregen, nach Fehlschlagen aller anderen Mittel wenigstens den Versuch mit Jodothyrin zu machen. **Tschmarke** (Magdeburg).

37) **Martens.** Über eine diagnostisch interessante Blutgefäßgeschwulst an der oberen Brustapertur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 592.)

Detailangaben über den von M. bereits auf dem vorigen Chirurgenkongresse vorgestellten Fall (cf. d. Bl. 1899, No. 27, Kongressbericht p. 65). Ein Photogramm des Pat. ist beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **G. J. Tomson.** Ein Fall von Lungengangrän mit günstigem Ausgange nach Operation.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 2.)

42jährige Frau, rechtsseitiger Hydrosalpinx, Ovarialcysten beiderseits. Laparotomie, Entfernung der Adnexe rechts, Anschneiden zweier Cysten am linken Ovarium. Nach 5 Tagen Pneumonie (wahrscheinlich Influenza: in demselben Krankenzimmer erkrankten 2 andere Pat., in der Stadt herrschte die Influenza; leider wurde keine bakteriologische Untersuchung gemacht). Nach 5 Wochen

Pyothorax Rippenresektion links; 2 Wochen später kommt aus der Wunde ein haselnussgroßes Stück Lungenparenchym zum Vorschein. Heilung nach mehreren Wochen. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) T. A. Grusinow. Ein Fall von Tetanie bei Magenerweiterung.

(Klinisches Journal 1900. Hft. 2. [Russisch.])

Ein 29jähriger Mann leidet seit 8 Jahren an Magenerweiterung in Folge Narbenstriktur des Pylorus nach Geschwür. Es wurde Tetanie leichten Grades beobachtet (Kopfschmerzen, kurzdauernde Kontrakturen der Extremitäten, Geburtshelferhand), die bald wich, als die Magenfunktion gebessert wurde. Man machte die Gastroenterostomie, worauf Pat. geheilt die Klinik verließ. — Im Magensafte fehlte im Anfange (bei Erscheinen der Tetanie) die Salzsäure fast vollständig. — In der Litteratur fand G. 47 Fälle von Tetanie, davon nur 5 bei Magenkrebs, die meisten übrigen bei Narbenstriktur. 34 Fälle endeten tödlich. Einen analogen — operirten und geheilten Fall — fand G. bei Albu und nimmt dieselbe Erklärung — Intoxikation vom Magen aus — der Tetanie an.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

40) G. G. Hopkins (Brooklyn, N. Y.). A case of gastrotomy for a foreign body in the stomach.

(Philadelphia med. journ. 1900. März 10.)

Ein 19jähriger Schneider producirte sich in einem der kleinen Theater Brooklyns mit dem Verschlucken fremder Gegenstände. Sein abendliches Programm umfasste 200 gewöhnliche Nadeln, 8 Nägel, 10 Hufnägel, einen Thonlöffel Teppichstifte und 6 Haarnadeln. Dem Publikum stand es frei, ihm weitere Gegenstände zu diesem Zwecke zu geben.

Die nach 1½ monatlicher Thätigkeit nöthig gewordene Gastrotomie beförderte außer 129 Nadeln, 2 Haarnadeln, 2 Hufnägel, 12 lange Nägel, 2 Thürschlüssel, 3 Uhrketten und einen Fingerring zu Tage. Alles andere war ohne weitere Beschwerden durch den Darm abgegangen. O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

41) L. W. Ssobolew. Zur Lehre von den Endotheliomen. Endothelioma interfasciculare medullare multiplex tractus gastrointestinalis.

(Wratsch 1900. No. 6—8.)

Die 28jährige Pat. wurde auf Magenkrebs, der mit der rechten Niere und mit dem Colon ascendens verwachsen sei, behandelt. Bei der Sektion erwies sich die Schleimhaut des Magens in der Gegend des Pylorus, das Duodenum und der Dickdarm mit Knoten von Hirsekorn- bis Erbsengröße besetzt. Mikroskopisch erwiesen sich die Geschwülste als endotheliale Neubildungen, die durch Wucherung des Endothels der Saftspalten entstanden waren. Die Mitbetheiligung der feinen Lymphgefäße blieb fraglich. Bemerkenswerth waren in dem Falle: 1) Die Multiplicität der Neubildungen mit zahlreichen Übergängen von normalem Endothel zu Geschwulstzellen. 2) Das Verhältnis der Zellen zum Gerüste: nämlich die Bildung von Intercellularsubstanz in letzteren. 3) In den Geschwulstzellen fanden sich zahlreiche Vakuolen, die zum Theil mit Fett, zum Theil mit einer anderen Substanz (Glykogen?) gefüllt waren. Dabei handelte es sich nicht um fettige Degeneration, sondern um Durchtränkung mit Fett. — Ähnliche Veränderungen wurden unlängst von C. Ritter (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899 Bd. L p. 349) beschrieben. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

42) V. Subbotić. Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie einiger Erkrankungen der Milz.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 487.)

S., Primärarzt in Belgrad, berichtet über 8 von ihm während der letzten 12 Jahre vollzogene laparotomische Milzoperationen. Die Größe dieses ihm zugegangenen milzchirurgischen Materiales beruht offenbar auf endemischer Malaria in der Belgrader Gegend; denn mit Ausnahme eines Falles war bei allen Pat. anamnestisch

oder klinisch Malaria sicher nachweisbar. Dem entsprechend handelt es sich in allen Fällen vorerst um erhebliche Milzvergrößerung, Splenomegalie, in 2. Linie um Lageveränderungen der Milz — Wandermilzen, theils beweglich, theils fixirt, theils auch Stieltorsion zeigend —, schließlich auch um Cystenbildungen.

Die Zahl der Wandermilzen beträgt 6, sämmtlich Frauen betreffend, und zwar solche, die mehrfach geboren hatten. Sie wurden alle splenektomirt, 4 sind genesen, 2 gestorben. (1 in Folge von Platzen der Bauchnarbe am 10. Tage nach der Operation und Darmvorfall mit nachfolgender Peritonitis, die 2. in Folge eines Volvulus der Flexur). 4mal zeigte die Wandermilz eine Stieldrehung, welche 2mal vor der Operation diagnosticirt werden konnte, und zwar im 1. Falle desshalb, weil kurz vorher akute peritonitische Erscheinungen mit Anschwellen und Schmerzhaftwerden der Milz eingetreten waren, im 2. Falle weil die dislocirte Milz fest verwachsen war, und die Anamnese frühere Peritonitisanzeichen ergab. Zu erwähnen ist noch, dass eine der exstirpirten Milzen auch eine faustgroße Cyste mit gelblichem, leicht getrübtem, serösem Inhalte am Hilus zeigte. — Die noch übrigen 2 Fälle, eine Frau und einen Mann betreffend, betreffen perisplenitische Blutcysten; beide waren durch theilweise Fluktuation der vergrößerten Milzen leicht diagnosticirbar und gut operabel, da der Einschnitt auf feste Verwachsung zwischen Cystenbalg und Parietalperitoneum führte. Glatte Heilung nach Incision und Drainage. — Den mitgetheilten Krankengeschichten folgt kürze epikritische Besprechung mit Hinweis auf die einschlägige Litteratur.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) **Braatz.** Zur operativen Spaltung der Niere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

B. hatte in einem Falle von anscheinender Nephralgie, nachdem eine Fixation der Niere erfolglos gewesen war, den Sektionsschnitt der Niere gemacht und hierbei Veränderungen am Organe nicht gefunden. Nach der Operation trat für 3 Jahre vollständiges Nachlassen der Beschwerden ein. Als dieselben dann wieder einsetzten, wurde nach einem Jahre die Exstirpation der jetzt deutlich tuberkulösen Niere gemacht. Die Untersuchung des Organs ergab am unteren Pole einen ausgeheilten tuberkulösen Herd, von dem B. annimmt, dass er schon zur Zeit der ersten Operation bestanden habe, und dass er durch die Hyperämie und in Folge des reaktiven Vorganges des Heilungsprocesses des Sektionsschnittes wegen seiner Lage dicht neben demselben zur Ausheilung gekommen sei. Die besonders in ihrem vorderen Theile geschrumpfte Niere zeigte ferner die nachtheiligen Folgen eines weit angelegten Medianschnittes. B. weist auf die Bedeutung dieses Befundes hin. Er hält den Sektionsschnitt nicht für etwas für die Funktion der Niere gleichgültiges. Auch bei Anlegung der Naht soll möglichst wenig Organ gefasst werden. **Borchard** (Posen).

44) **Tschudy** (Zürich). Über einen Fall operativ behandelter Nephrolithiasis.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1899. No. 24.)

An einer etwa 30jährigen Frau machte T. wegen Nierenstein und Pyelitis im März rechts, im Juni links die Nephrotomie mit sofortiger Vernähung und nachfolgender Nephropexie, beide Male mit glattem Erfolge. Es handelte sich beide Male um nicht allzu große Phosphatsteine. Der in der linken Niere konnte nach mehrfachen vergeblichen Versuchen schließlich durch Röntgenphotographie sehr gut zur Anschauung gebracht werden. T. empfiehlt zur Darstellung solcher Konkremente die sog. »harte Röhre«, mittlere Expositionszeit bei nicht zu starkem Strome und langsamen Entwickler. **P. Stolper** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 2. Juni.** **1900.**

1) **Cazin** et **Clado.** Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu par Simon Duplay.

Paris, **Masson et Cie.,** 1900. 442 S.

Der vorliegende Band bildet die 3. Serie klinischer Vorlesungen von Duplay, in denen er an der Hand besonders instruktiver Fälle aus dem Hôtel-Dieu eine Reihe von Kapiteln der allgemeinen und speciellen Chirurgie eingehender behandelt. Aus der ersteren werden die embolische Gangrän und die spontanen Luxationen erörtert, aus der letzteren in 27 Kapiteln Krankheitsbilder der verschiedenen Gegenden des Körpers zusammengestellt. Außer der Ätiologie und Pathologie wird bei jedem Falle den differentialdiagnostischen

Schwierigkeiten vollauf Rechnung getragen und die Operationsmethode, die Duplay bevorzugt, angegeben, eventuell die von ihm angewandte Modifikation kurz beschrieben.

Recht lehrreich sind aus der Chirurgie des Kopfes und des Halses die Vorlesungen über die Bedeutung der Ohrblutungen für die Diagnostik der Schädelfrakturen, die Behandlung der Speichelfisteln und Parotisenchondrome. Bei der operativen Behandlung der Kröpfe erfahren wir, dass Duplay auch die von Poncet empfohlene Exothyropexie, die Herauslagerung des Kropfes vor die Wunde zum Zwecke spontaner Rückbildung, angewandt und keinen Erfolg erzielt hat.

Aus der Bauchchirurgie wird die Therapie der tuberkulösen Bauchfellentzündung durch einfache Laparotomie besprochen, von den Erkrankungen des Urogenitalsystems die Nierenabscesse, Blasen-Darmfisteln, Leistenhoden, Varicocele, Dammrisse und ein Fall von Urethrocele, und bei allen sorgfältig ihre Operationsmethoden berücksichtigt.

Es folgen Vorträge über die nach Schulterverrenkungen auftretenden Lähmungen des Armes und über die operative Behandlung veralteter Luxationen des Schultergelenkes. Hierbei wandte Duplay die von ihm auf dem Moskauer Kongresse 1897 empfohlene Resektionsmethode an und hatte ausgezeichnete Erfolge damit erzielt.

Außer den Frakturen der Oberschenkeldiaphyse, den Kniegelenksergüssen hämorrhagischer und seröser Art und den Gelenkmäusen werden von den chirurgischen Erkrankungen der unteren Extremität in sehr eingehender und umfassender Weise die verschiedenen Stadien der tuberkulösen Coxitis und ihre Behandlung abgehandelt, bei welcher Duplay durchweg nur das konservative Verfahren als das allein richtige gelten lassen will. Die Schlusskapitel enthalten Anleitungen zur operativen Therapie fehlerhaft geheilter Knochenbrüche und zur Heilung des Mal perforant du pied durch Dehnung des N. tibialis vor seiner Theilung in die Endverzweigungen.

Buchbinder (Leipzig).

---

2) **Roger** et **Josué**. La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections.

Paris, **Masson et Cie.,** 1899. 36 S.

Verff. haben mikroskopisch das Knochenmark mehrerer Thiere (Kaninchen, Meerschweinchen) und des Menschen unter strenger Berücksichtigung seiner Topographie untersucht und durch vergleichende Betrachtungen 3 Zonen in demselben auffinden können, die sich in mehr oder weniger scharfer Weise bei den einzelnen Thieren von einander abheben und beim Kaninchen am leichtesten kenntlich sind. Ihre Untersuchungen erstreckten sich auch auf die chemische Zusammensetzung und auf die Physiologie desselben.

Nachdem sie so eine genaue Einsicht in die Verhältnisse des normalen Knochenmarkes gewonnen hatten, beobachteten sie die

Veränderungen, die in demselben bei Infektionen und Intoxikationen vor sich gehen, wiederum zunächst eingehend am Kaninchenmarke. Sie verleibten Kaninchen Staphylokokken von mittleren Virulenzgraden subkutan, intraperitoneal und intravenös ein und fanden folgende Rückwirkung dieser Infektionen auf das Knochenmark. Die Reaktion besteht einerseits in einer je nach der Intensität der Infektion mehr oder weniger rapid einsetzenden Vermehrung aller zelligen Elemente, Leukocyten, rothen Blutkörperchen und Riesenzellen, bei welcher die relative Zunahme der einzelnen Zellarten wie der neutrophilen Myelocyten oder der hämoglobinhaltigen Zellen (Ehrlich's Normoblasten) verschieden ist. Andererseits ändert sich auch die chemische Zusammensetzung des Markes. Das Fett verschwindet bis auf kleine Reste, der Flüssigkeitsgehalt steigt, die löslichen Eiweißstoffe und die unlöslichen Substanzen erfahren eine Zunahme. Die Annahme, dass den Markzellen sekretorische Funktion in der Bildung von Antitoxinen zukomme, ließ sich nicht beweisen. Die Frage, ob sich specifische Reaktionen des Markes auf bestimmte Infektionen beobachten lassen, wird dahin beantwortet, dass zwar eine Zellart allein nicht proliferiren, dass sie aber wohl bei der Vermehrung aller Zellarten besonders stark hervortreten kann. In diesem Sinne kann man von einer neutrophilen oder normoblastischen Reaktion sprechen. Die Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion ruft eine besonders starke Vermehrung der neutrophilen Myelocyten hervor, die Einverleibung der verschiedenen Arten von Serum eine mehr hervortretende Zunahme der hämoglobinhaltigen Zellen, d. h. also eine normoblastische Reaktion. Die Verhältnisse beim Menschen gestalten sich analog. Nur ist die Rückwirkung auf das Mark weniger deutlich und weniger intensiv. Aber es lassen sich auch an diesem bei verschiedenen Krankheiten — Tuberkulose, Variola — verschiedene Reaktionsweisen des Markes beobachten. Neben der excessiven Proliferation aller Zellarten setzen die Infektionen aber auch erhebliche Läsionen im Knochenmarke, bestehend in dem Untergange zahlreicher Zellen, Sklerose des Bindegewebes und Alteration der Gefäßwände. **Buchbinder** (Leipzig).

---

3) **Schütz.** Überblick über die wichtigsten Punkte, welche zur Beurtheilung des Krebses bezüglich seiner Ätiologie und seines Vorkommens zu beachten sind.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 6.)

Nach kurzem Rückblicke auf die wichtigsten Krebstheorien wendet sich Verf. besonders gegen die Annahme der bacillären Natur des Krebses. Auch den Gedanken an eine durch Koccidien bedingte parasitäre Natur des Krebses weist er in ausführlicher Begründung zurück. Die Bösartigkeit des Carcinoms und die eigenartige metastatische Ausbreitung desselben können nicht zur Begründung eines eventuellen Infektionscharakters desselben dienen, sondern

erscheinen einfach als spontane oder künstliche Transplantationen carcinomatöser Zellen oder Theile derselben. Verf. hat diesen Standpunkt schon früher in einer Monographie (Mikroskopische Carcinombefunde etc. Mit 6 Mikrophotographien. Frankfurt a/M., 1890) histologisch zu bekräftigen gesucht. Er sieht die für die Entstehung eines Carcinoms treibende Kraft in der Überernährung des Epithels, wie sie durch irgend welche chronische Reizzustände, hier und da auch einmal durch eine an ein einmaliges Trauma sich anschließende Gewebsveränderung auftritt.

Unter Hinweis auf frühere diesbezügliche Arbeiten (Schütz, Über den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe in der Haut der Menschen; Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896 Bd. XXXVI; ferner: Beiträge zur Pathologie der Psoriasis; Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892 Bd. XXIV) geht Verf. im Weiteren genauer auf die Histologie der menschlichen Haut ein und weist besonders auf feinste, zwischen Epithel und Bindegewebe bestehende fädige Verbindungen hin, wie solche schon früher bei Thieren von Billroth (1858), dann von Leydig, Sarasin, Schuberg beschrieben worden sind. Diese Verbindungen bestehen aus elastischen Fasern, welche erfahrungsgemäß am längsten dem Carcinome Widerstand leisten. Verf. sieht nun in dem Fehlen oder Zurücktreten der elastischen Fasern in Schleimhäuten, an den Umschlagsfalten, in Narben, Fibromen, in Naevis ein Erleichterungsmoment für die Carcinombildung.

Es wird das Vorkommen des Carcinoms gefördert durch Bedingungen, welche eine Verringerung des physiologischen Widerstandes hervorrufen, d. h. durch gewisse örtliche Reize, außerdem durch Bedingungen, die eine Verringerung der physiologischen Reaktionsfähigkeit zu bewirken im Stande sind; das sind Heredität, Konstitution, Alter, Geschlecht, Lebensbedingungen, Stoffwechselanomalien. Im Weiteren führt Verf. in kritischer Weise diese einzelnen Bedingungen an und hebt unter den örtlichen Reizen besonders chemische Einwirkungen, mechanische Reize, Haut- und Drüsenerkrankungen, Reizung rudimentärer Organe, versprengte Keime im Sinne Cohnheim's, einmaliges Trauma hervor. **Motz** (Hannover).

---

4) **C. Mäder.** Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Jahren. Eine vergleichend statistische Studie über die Frequenz der Todesfälle an Krebs und Tuberkulose in Preußen, Sachsen und Baden.

(Sonderabdr. aus der Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXXIII.)

Die vorliegende Arbeit stellt eine Fortsetzung und Ergänzung der die Jahre von 1881—1890 umfassenden Statistik von Finkelnburg dar und betrifft die Jahre 1891—1896. Sie bringt zunächst in ausführlicher tabellarischer Bearbeitung das Material des König-

reichs Preußen und zieht dann zum Vergleich dasjenige von Sachsen und Baden heran, da in diesen Ländern die in Preußen noch nicht gesetzlich eingeführte Todtenschau obligatorisch ist. So sollen Fehlerquellen nach Möglichkeit ausgeschaltet werden.

Das Ergebnis seiner Arbeit fasst M. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Krebserkrankungen haben in der letzten Zeit eine fortschreitende Zunahme erfahren.

2) Die Sterblichkeitsverhältnisse der Landbewohner an Krebs sind günstiger als die der Stadtbewohner.

3) Die Weiber zeigen sich vorläufig von der Krankheit häufiger befallen als die Männer.

4) Einzelne Gegenden sind dauernd stärker von Krebs heimgesucht als andere.

5) Dagegen haben die Erkrankungen an Tuberkulose in der letzten Zeit eine fortschreitende Abnahme erfahren.

6) In den Städten tritt die Tuberkulose stärker als auf dem Lande auf.

7) Männer sind von der Tuberkulose häufiger befallen als Weiber.

Die Annahme, dass die Zunahme der Krebserkrankungen nur eine Folge der Abnahme derjenigen an Tuberkulose sei, widerlegt sich dadurch, dass jene eine viel bedeutendere ist, als diese. Es muss also entweder das äußere Agens, das die Krebskrankheit verursacht, sich stärker verbreitet haben und die Menschen häufiger befallen, oder die Menschen sind widerstandsloser gegen dies Agens geworden, sei es durch ihre Lebensgewohnheiten oder durch specifische Degeneration.

Jedem, der sich für dies wichtige Thema interessirt, kann die sorgfältige Arbeit, deren Zahlenreihen in einem Referate natürlich keinen Platz finden können, zum Studium warm empfohlen werden. Es ist bemerkenswerth, dass Verf. für Deutschland resp. deutsche Länder zu den nahezu gleichen Ergebnissen gelangt, wie Massey für die Vereinigten Staaten in seiner in No. 15 dieses Centralblattes 1900 referirten Arbeit.

R. v. Hippel (Dresden).

---

5) **Krönig** und **Blumberg.** Beiträge zur Händedesinfektion.

Leipzig, Georgi, 1900. 39 S.

Verff. haben eine Reihe vergleichender Desinfektionsversuche angestellt, wobei sie auf die Haut verriebene Aufschwemmungen von Milzbrandsporen, Tetragenus, Kulturen und Sporen des Katgutbacillus als Testobjekte verwendeten. Nach den entsprechenden Desinfektionen sind entweder Hautstückchen oder Aufschwemmungen, welche durch Abreibung mit sterilem Marmorstaube und Bouillon gewonnen wurden, Mäusen unter die Haut gebracht worden, je nachdem es sich um Versuche mit Leichenhaut oder am Lebenden handelte. Die Proben auf Katgutbacillen wurden natürlich ausgesäet.

Die Untersuchungen erstrecken sich auf mechanische und mechanisch-chemische Desinfektion; für letztere ist insbesondere das Quecksilber-Äthylendiamin (in 1,2‰iger und 1%iger Lösung) verwendet.

Verff. kommt zu dem Schlusse, dass den rein mechanischen Methoden nicht der Werth zukomme, den Schleich und Sänger ihnen beimessen, dass die Vereinigung von mechanischer und chemischer Desinfektion den Vorzug verdiene.

Die mit außerordentlichem Fleiße und umfangreichstem Materiale ausgeführte Arbeit bietet auch sonst viel interessante Einzelheiten, für die eben so wie bezüglich der technische Details im Originale nachzulesen ist.

Christel (Metz).

---

6) **C. L. Schleich.** Neue Methoden der Wundheilung, ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis. 2. Aufl.

Berlin, **Springer,** 1900. 379 S.

Die zweite, der ersten schnell gefolgte Auflage zeigt keine principiellen Änderungen. Wie im ersten Referat (d. Centralbl. 1899 p. 905) hervorgehoben, macht Verf. bemerkenswerthe Vorschläge für die Vereinfachung der Wundbehandlung und Desinfektion und bringt eine große Reihe von biologisch- pathologischen Betrachtungen aus dem Gebiete der alltäglichen Chirurgie, welche in vieler Hinsicht anregend und belehrend sind.

S. bezeichnet den praktischen Arzt als selbstgewählte oberste Richterinstanz für seine Neuerungen, lässt sich jedoch zu einer unsachlichen Abfertigung eines solchen — denn S. ist nichts anderes als praktischer Arzt — im Vorworte zur 2. Auflage hinreißen, obgleich auf die Wichtigkeit dieser Vorschläge hingewiesen, und lediglich die Nothwendigkeit betont wurde, dass das vereinfachte, rein mechanische Händedesinfektionsverfahren experimenteller Nachprüfung von sachkundiger Seite bedürfe. Die Empirie allein genügt hier nicht, und zu kulturellen Versuchen fehlt dem praktischen Arzte entweder Zeit und Assistenz — oder der Apparat. Wenn ich die begonnenen, immer wieder unterbrochenen Experimente fortsetzen kann, werde ich später hiervon berichten; inzwischen verweise ich auf Krönig und Blumberg, »Beiträge zur Händedesinfektion« (Leipzig, Georgi, 1900), die neuerdings die Schleich'sche Händedesinfektion nachgeprüft haben; vgl. auch Schenk und Zaufal: Bakteriologisches zur mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände; Münchener med. Wochenschrift 1900. p. 504.

Wer etwas Gediegenes auf den Markt zu bringen meint, kann es nur mit Freude begrüßen, wenn Andere prüfend an die Sache herantreten, und wer nicht Anerkennung von Jedem sucht, mag keine persönliche Verletztheit an den Tag legen, wenn er nicht die allseitige Nachbetung seines Dogmas sofort findet. **Christel** (Metz).

---

7) **Thiem.** Über Thermotherapie bei der Nachbehandlung Unfallverletzter.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 3.)

Verf. weist auf die Vielseitigkeit in der Nachbehandlung Unfallverletzter seitens der sog. medico-mechanischen Institute hin. Besondere Beachtung verdient die Anwendung hoher Wärmegrade. Verf. bespricht im Folgenden ausführlich die einzelnen Anwendungsarten der Wärmebehandlung (Heißluftapparat, Dampfbäder, Moorbäder, Fangoeinpackungen, Heißsandbäder, Thermophore), deren Wirkung, Indikation und Kontraindikation. Er hat bei der Anwendung hoher Wärmegrade nie dauernde Unbequemlichkeiten oder Störungen des Allgemeinbefindens eintreten sehen; alle Pat. haben trotz Anwendung der Wärmebehandlung an Körpergewicht zugenommen. An den Schluss der Arbeit stellt er die bei 39 Pat., welche in seinem Institute mit hohen Wärmegraden behandelt worden sind (Sandbäder, Fangobäder und Packungen), gewonnenen Erfahrungen in einer Tabelle zusammen. **Motz** (Hannover).

---

8) **L. Hoffmann.** Metallentspannungsnaht.

(Österreichische Monatsschrift für Thierheilkunde Bd. IV.)

Die vom Verf. empfohlene Nahtmethode besteht in der Verwendung dünner silberner Drainröhren, welche mit besonderer Nadelführung eingezogen werden. Sie eignet sich vor Allem für tiefe und große Wunden (Laparotomien etc.); die hierzu nöthigen Utensilien sind von Jetter & Scherer, Tuttlingen, zu einem Bestecke vereinigt, dessen einzelne Theile in der Abhandlung abgebildet sind.

Christel (Metz).

---

9) **v. Török.** Experimentelle Beiträge zur Therapie des Tetanus.

(Sonderabdruck aus Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. Hft. 3.)

Die verschiedenen, sich vielfach widersprechenden Erfahrungen, welche mit der von Roux und Borrel empfohlenen intracerebralen Injektion von Tetanusantitoxin bisher gemacht worden sind, veranlassten v. T., die Methode experimentell nachzuprüfen, gleichzeitig aber die Therapie des Tetanus im Allgemeinen einer experimentellen Bearbeitung zu unterwerfen. Als Versuchsthiere wurden neben Mäusen und Meerschweinchen hauptsächlich Kaninchen benutzt.

Die Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Die Serumtherapie ist beim Tetanus im Stande, erfolgreich gegen die Krankheit anzukämpfen und Thiere entweder vor der Infektion zu bewahren oder nach Ausbruch des Wundstarrkrampfes zu heilen.

Bei präventiver und gleichzeitiger Anwendung genügen schon verhältnismäßig kleine Dosen von Antitoxin, um die Thiere am Leben zu erhalten oder den Ausbruch der Krankheit überhaupt zu verhüten.

Auch von schwerem Tetanus befallene Thiere können durch die Serumtherapie noch gerettet werden, wenn das Antitoxin möglichst frühzeitig und in genügend großen Gaben eingespritzt wird. Die subkutanen Injektionen erweisen sich am wenigsten wirksam; dabei kann nur von sehr großen Serummengen ein Effekt erwartet werden. Weit wirkungsvoller sind die subduralen (event. spinalen) Einspritzungen. Am sichersten wirken die cerebralen Antitoxininjektionen, und es gelingt mit Hilfe der letzteren, etwa die Hälfte der Versuchsthiere am Leben zu erhalten.

Mit der subkutanen Einspritzung allein kann man bloß bei präventiver Behandlung sicher erfolgreich eingreifen. Nach Ausbruch des Tetanus nützt diese Methode nur bei frühzeitiger Anwendung großer Dosen. Etwas günstiger, aber doch der subkutanen Einspritzung nahe kommend, wirkt die intra-venöse Injektion.

Die cerebrale Injektion hat unter allen Applikationsarten des Antitoxins den meisten Effekt. Oft gelingt nur durch sie allein die Heilung. Ihr zunächst steht die subdurale (bezw. spinale) Anwendung, doch muss man bei der letzteren mindestens viermal so viel Serum nehmen, als bei der cerebralen Einspritzung.

Die cerebrale Injektion erfordert die Anwendung einer speciellen Technik zur Ausführung der Operation.

Die Verwendung des Heilserums zu cerebralen und subduralen Injektionen ist nur bei absolut sterilem Serum zulässig.

Die Behandlung des Tetanus ist nur bei einem hochwerthigen Antitoxin erfolgversprechend, und muss auf die Werthigkeit des Serums ein Hauptgewicht gelegt werden.

Eine specifisch schädliche Giftwirkung auf den Organismus kommt dem Antitoxin nicht zu.

Bei rascher Vergiftung des Körpers mit großen Toxinmengen kann die Serumtherapie, selbst bei Anwendung der cerebralen Injektionen, nichts mehr leisten. Es erscheint auch bei der Antitoxintherapie eine lokale Behandlung der die Infektion bezw. Intoxikation vermittelnden Wunde dringend geboten.

Das Serum ist nicht im Stande, die durch das Gift gesetzten Veränderungen in den Ganglienzellen der motorischen Nervenkerne rückgängig zu machen. Bleiben die Thiere am Leben, so persistiren die Kontrakturen durch Wochen und Monate, bis zum langsamen Eintritt der Heilung.

Versuche über die therapeutische Verwendbarkeit der Gehirnemulsion gegenüber dem Tetanus ergaben in allen Fällen ein vollkommen negatives Resultat; dasselbe gilt von der Galle, der Karbolsäure, dem Jodtrichlorid und der Chromsäure, während die 3 letztgenannten Chemikalien bei der lokalen Desinfektion nicht allein einen antiseptischen, sondern auch einen antitoxischen Effekt hervorzurufen

im Stande sind. Chloral, Morphium und Curare waren ebenfalls nicht fähig, die Versuchsthiere am Leben zu erhalten, nur das Chloral hat bei intracerebraler Applikation den Tod etwas verzögert. Eine wesentliche Abschwächung der Krämpfe war bei keinem dieser Mittel zu beobachten.

Die Schlüsse, welche man aus dem Thierexperimente für die Behandlung des Tetanus beim Menschen ziehen darf, sind folgende:

Nur bei Verwendung des Antitoxins verspricht die Therapie des Tetanus für die Zukunft Erfolge. Die beste Applikationsart des Mittels ist die cerebrale, und zwar die Injektion in den Seitenventrikel nach der Methode von Alexander Fränkel oder Albert Kocher. Daneben soll man auch subkutan und spinal so viel Serum einspritzen, wie möglich, selbst Antitoxinmengen bis 280 ccm täglich sind schon ohne Schaden injicirt worden.

Neben der Antitoxinbehandlung ist die Behandlung der inficirten Wunde von der größten Bedeutung; dieselbe ist, wenn auch vielleicht schon äußerlich geheilt, zu spalten, zu excidiren und mit dem Paquelin zu verschorfen. Ist eine solche Desinfektion nicht erfolgreich durchzuführen, so soll man vor der Amputation nicht zurückschrecken. Mit Aussicht auf Erfolg kann man das in Pulverform gebrachte Antitoxin direkt in die inficirte Wunde bei jedem Verbandwechsel hineinstäuben, um so die Toxine direkt am Orte ihres Entstehens unschädlich zu machen.

Da bei den Fällen schwerster Infektion nur von einer präventiven Behandlung ein Erfolg zu erwarten ist, so soll man bei jeder tetanusverdächtigen Infektion, abgesehen von sorgfältiger Desinfektion der Wunde, eben so wie bei Verdacht auf Infektion mit Lyssa, eine präventive Antitoxininjektion vornehmen. Um diese Forderung erfüllen zu können, muss das Antitoxin in allen Apotheken stets wirksam, am besten in Pulverform, vorräthig gehalten werden.

Aus Gründen der Humanität und mit Rücksicht auf die Thatsache, dass die Häufung der Krämpfe an und für sich Gefahren für das Leben mit sich bringt, ist stets auch Gebrauch von den Narkoticis zu machen, unter denen das Chloral den ersten Platz einnimmt; ihm folgen in der Wirkung Morphin, die Bromsalze, Sulfonal und Urethan. Anregung der Diurese durch häufige Flüssigkeitszufuhr per os oder per rectum, event. durch Diuretin, ist Behufs rascherer Ausscheidung der Toxine zu empfehlen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

10) **J. Fabry.** Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf) bei Arbeitern in Kohlenbergwerken.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

F. hat als Knappschaftsarzt die Beobachtung gemacht, dass die als Tuberculosis verrucosa cutis bekannte Form der Hauttuberkulose

bei Arbeitern in Kohlenbergwerken sehr häufig vorkommt, während Lungentuberkulose bekanntlich relativ selten ist. F. glaubt, dass die vielen Verletzungen, denen die Bergleute ausgesetzt sind, die Ursache der Handinfektionen mit Tuberkulose darstellen. Er legt ausführlich dar, dass er die verruköse Form vom Lupus zu scheiden für nothwendig und berechtigt hält. Er betont die größere Gutartigkeit der ersteren. Therapeutisch empfiehlt er für kleine Herde Excision, für größere flache Abtragung mit dem Messer, aseptischen Verband mit Airolgaze, dann Pyrogallussäure oder Ätzungen mit Argentum nitricum, Chlorzink und besonders mit Acidum carbol. liquefactum; langwieriger sind Auslöffelungen, einfache Pyrogallusbehandlung etc. Die Prognose ist viel günstiger als beim Lupus.

Jadassohn (Bern).

---

11) **E. Faure.** Essai sur le traitement du lupus par la nouvelle tuberculine (tuberculine TR.) de Koch.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899.

(Ann. de dermat. et de syph. T. X. No. 8 u. 9.)

F. behandelte in der Abtheilung von Balzer 14 Fälle von Lupus vulgaris mit dem neuen Tuberkulin TR. Bei vorsichtiger Dosirung nach den Vorschriften Koch's sind schädliche Wirkungen zu vermeiden. Es treten mäßige Lokalreaktionen und Temperatursteigerungen je nach dem Vorhandensein innerer Tuberkulose auf. Gelegentlich beobachtet man vorübergehende Albuminurie. Auf nicht ulcerirten Lupus wirkt das Tuberkulin nicht, dagegen auf geschwürige, vegetirende und hypertrophische Formen, indem es die Resorption, Überhäutung und Narbenbildung begünstigt. Es ist dem alten Tuberkulin vorzuziehen und kann in Verbindung mit Skarifikationen und feuchten Verbänden mit Kalium hypermanganicum ausgezeichnete Resultate geben. Vor Recidiven schützt es jedoch nicht.

J. Schäffer (Breslau).

---

12) **Albers-Schönberg** und **R. Hahn.** Die Therapie des Lupus und der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 9—11.)

Die Verff. berichten ausführlich und unter Mittheilung zahlreicher Krankengeschichten über die Ergebnisse der Behandlung des Lupus und verschiedener Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Bei ersterer Affektion haben sie ca. 30% Heilresultate, in den übrigen Fällen von Lupus erhebliche Fortschritte erzielt, niemals Misserfolge, allerdings auch Recidive beobachtet. Sie fassen die Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: 1) Wir besitzen in den Röntgenstrahlen ein Mittel, welches auf Lupus und andere Hautkrankheiten sicher und günstig wirkt. 2) Es beseitigt absolut sicher das den Lupus begleitende Ekzem und die durch denselben entstandenen elephantiastischen Verdickungen und eignet sich in Folge dessen 3) zur Flächenbehandlung und Behandlung größerer Partien. 4) Recidive

sind bei dieser Methode eben so wenig ausgeschlossen wie bei jeder anderen Behandlungsmethode. 5) Die Behandlung mit Röntgenstrahlen schließt durchaus nicht andere Behandlungsmethoden aus; sie ergänzt vielmehr die letzteren oder lässt sich zweckmäßig mit ihnen kombiniren. 6) Was vom Lupus gesagt ist, gilt in erster Linie auch vom Ekzem, ferner von einer Reihe noch näher bezüglich dieses Punktes zu studirender Hautkrankheiten. 7) Bei geeigneter Dosirung und genügender technischer Fertigkeit kann man schädliche Nebenwirkungen, wie z. B. Dermatitis, Exkoriationen, Gangrän etc., sicher vermeiden.

(Wenn man die Krankengeschichten näher ansieht, so kommt man doch auch zu der Schlussfolgerung, dass die von den Verff. geübte Behandlungsmethode, die meist 15—30 und mehr (selbst bis über 80) Bestrahlungen der kranken Hautpartien innerhalb mehrerer Monate benöthigte, an die Geduld der Pat. außerordentlich große, mit den Enderfolgen oft nicht im Einklange stehende Anforderungen gestellt hat. Ref.)

Kramer (Glogau).

---

13) **J. Himmel.** Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. L. Hft. 3.)

H. hat 6 Fälle von Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt und im Ganzen günstige Resultate erzielt. Seine Beobachtungen ergeben nichts wesentlich Neues. Nur die mikroskopische Untersuchung von Lupusstückchen, die vor und nach der Bestrahlung excidirt worden waren, sei erwähnt. Es ergab sich eine wesentliche Verkleinerung und beginnende Nekrose der verschiedenen Zellelemente der Tuberkel. R. glaubt, dass die durch die Strahlen bedingte Entzündung die Bacillen vernichtet.

Jadassohn (Bern).

---

14) **F. Danziger.** Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1900.

(Mit 13 Abbildungen im Texte und 20 Figuren auf den Lichtdrucktafeln I—IV.)

Leider ist es dem Ref. trotz eifrigen Studiums nicht gelungen, dem Gedankengange des Verf. folgen zu können. Er beginnt mit einer Polemik gegen Körner bezüglich einiger Kiefermissbildungen und ihrer Entstehung. Dabei wird aber von jeder Einführung in dies schwierige Gebiet, von jeder präcisen Auseinandersetzung Abstand genommen, und nur eine Reihe von Behauptungen an einander gefügt, aus denen absolut nicht verständlich ist, was der Verf. eigentlich will. Bewiesen werden sollen diese Behauptungen durch einige recht mangelhafte Krankengeschichten: bei allen Patt. fehlt Angabe des Alters, bei einigen auch des Geschlechts. Es folgen dann Besprechungen weiterer Missbildungen des Gesichtsskeletts, wie Septum-

deviationen etc., und Beziehungen dieser Abnormitäten zur Taubstummheit und zu Erkrankungen des Auges. — Auffallend ist, dass man in der ganzen Arbeit die Hypertrophie der Rachenmandel in ihrer Beziehung zu den Kieferverbildungen kaum erwähnt findet. — Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

15) **A. Plottier.** Des végétations adénoides dans leurs rapports avec certaines maladies infectieuses de l'enfance.

(Revue hebdom. de laryngol. 1899. No. 41.)

Verf. hat an 268 Kinderleichen, die an den verschiedensten Krankheiten gestorben waren, Untersuchungen über das Vorhandensein hypertrophischer Rachenmandeln angestellt. Aus den statistischen Angaben geht hervor, dass diese »adenoiden Vegetationen« natürlich bei allen Erkrankungen vorkommen können, auffallend oft schon bei Bronchopneumonie (unter 27 Fällen 6mal); am häufigsten aber fand Verf. eine vergrößerte Rachenmandel bei Diphtherie, unter 53 Fällen 29mal, also in 54,7%.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

16) **W. Schmidt.** Die Behandlung der Retropharyngealabscesse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 129.)

S. theilt die einschlägige Kasuistik aus Kredel's Kinderspital in Hannover mit. Auch Kredel greift die Retropharyngealabscesse jetzt von außen, vom Halse her an, indem er entlang dem inneren Kopfnickerrande nach v. Burckhardt einschneidet. Anstatt dann aber, wie Letzterer es that, nach innen von den großen Halsgefäßen weiterzugehen, dringt K. nach außen von der Jugularis int. ein. Etwaige im Wege stehende Lymphome werden fortgenommen, schließlich bei entsprechender Wunddistraktion der Abscess geöffnet. Nachbehandlung mit weichen Drains, um Decubitus der Gefäße zu vermeiden. Der Weg hinter den letzteren sichert bei der Rückenlage, die die Operirten einzunehmen haben, einen besseren Eiterabfluss, als derjenige vor ihnen, und berechtigen die guten Heilungsresultate K.'s, seine Methode allgemein zu empfehlen. Die K.'schen Fälle betreffen 15 Kinder in den ersten 3 Lebensjahren, und zwar 13 mit idiopathischem, 2 mit tuberkulösem Abscesse. Bei allen verlief sowohl die Operation als die Heilung ohne jegliche Störung.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **A. Schmitt.** Über die Indikationen zur Operation der Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 12.)

Als unbedingte Indikationen zur Operation bezeichnet S. 1) sehr große »peri- und paratyphlitische« Abscesse, 2) Durchbruch des Wurmfortsatzes oder Eiterherdes in die freie Bauchhöhle und 3) viel-

leicht auch noch die Fälle, in denen die rein örtlichen Erscheinungen gering sind, aber aus dem Allgemeinzustande auf eine septische Infektion oder chronische Eiterung geschlossen werden muss. Schwieriger ist die Entscheidung bezüglich der Art der Behandlung in den Fällen, die gleich von Anfang an unter dem typischen Bilde der Perityphlitis schwer einsetzen, wobei der lokale Befund deutlich ausgesprochen oder im Verhältnisse zum Gesammtbilde gering sein kann. Heilung des Anfalles kann in solchen Fällen auch bei abwartender Behandlung erfolgen; da aber meist Eiter vorhanden ist, so bleibt die Gefahr seines Durchbruches danach bestehen. S. steht desshalb im Allgemeinen auf dem Standpunkte, dass, wenn nach 3—8 Tagen die lokalen und allgemeinen Erscheinungen nicht gleichmäßig sich gebessert haben, operirt werden solle. — Chronische abgesackte, eingedickte Eiterherde stellen eine bedingte Indikation dar. Im freien Intervalle ist die Operation angezeigt, falls die Schwere der Anfälle zunimmt oder auch die Beschwerden in der anfallsfreien Zeit wachsen; der Eingriff kann ein sehr leichter oder recht schwieriger sein, was sich vorher nicht sicher beurtheilen lässt, und besteht dann am besten in Eröffnung der Bauchhöhle zum Zwecke der Entfernung des Wurmfortsatzes. Letztere ist bei Operation im Anfalle selbst nur dann zulässig, wenn der Anhang leicht zu finden und zu lösen ist; vorhandene Verlöthungen müssen möglichst geschont und erhalten werden. Von dem zurückgelassenen Wurmfortsatze bilden sich zuweilen Kothfisteln, die seine spätere Exstirpation nothwendig machen können. — Nach Perforation in die freie Bauchhöhle empfiehlt sich frühzeitig und rasch zu operiren, und nachfolgende Tamponade.

Kramer (Glogau).

---

18) **R. Mühsam.** Über Appendicitisexperimente.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 143.)

M., Assistent von Sonnenburg, berichtet über 36 von ihm an Kaninchen zur Herbeiführung von Appendicitis ausgeführte Experimente. Es misslingt beim Versuchsthiere, ein der menschlichen Erkrankung analoges Leiden zu erzeugen; nur für die gangränöse Form derselben ist dies möglich. Der Wurmfortsatz des Kaninchens ist ein verhältnismäßig ungleich größeres Organ als derjenige des Menschen, seine Blutversorgung ist eine ganz erheblich bessere, und endlich ist der Eiter des Kaninchens von zäher, dickflüssiger Beschaffenheit, wodurch die Grenzen einer Weiterverbreitung entzündlicher Processe viel engere werden. In den Versuchen, bei denen die Herbeiführung der Wurmfortsatzgangrän gelang, handelte es sich stets um totale oder partielle Ligatur seiner zuführenden Gefäße, wodurch der Fortsatz bald ganz, bald theilweise nekrotisch wurde. Dabei ist von Interesse, dass die peripheren Theile des Organes (ähnlich wie beim Menschen) von der Gangrän mehr gefährdet sind als die centralen. Traumen, wie Quetschung zwischen den Fingern oder mit Klemmen, Knickungen (durch Vernähung in Schleifenform),

Stenosirungen (durch Ligatur mit Seidenfäden), Injektionen in den Wurmfortsatz mit Colikulturen dagegen werden ohne gleichzeitig hergestellte Cirkulationsstörungen mehr oder weniger reaktionslos vertragen.

Im Eingange der Mittheilung werden die in der Litteratur veröffentlichten Vorarbeiten auf dem erörterten Gebiete durchgesprochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **J. H. Åkerman.** Behandlingen af brandiga tarmbråck.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. No. 30.)

Verf. liefert eine statistische Zusammenstellung von 235 in verschiedenen Krankenhäusern Schwedens im Zeitraume 1890—1898 behandelten brandigen Brüchen. Aus den Tabellen Verf. sind folgende Zahlen hervorzuheben.

Die Schenkelbrüche wiegen vor mit 171 Fällen, die Leistenbrüche sind mit 60 Fällen vertreten. 25% gehörten zur Altersgruppe 40—50 Jahre, 21,2% zu 50—60, 23% zu 60—70. Die Dauer der Einklemmung variirte zwischen 1 Tag und 3—6 Wochen. Nach den Behandlungsmethoden vertheilen die Fälle sich in 4 Gruppen. Die erste umfasst 12 Fälle, in welchen die Gangrän zweifelhaft war; sie wurden mit Versenkung des Darmes oder der Fixation desselben in der Pforte und Vernähung der Wunde behandelt: 41,6% Sterblichkeit. Die zweite Abtheilung, 41 Fälle umfassend, wurde mit Einfaltung und Vernähung der Darmwand behandelt und gab 26% Sterblichkeit. Die dritte Gruppe — 70 Fälle, die mit Enterostomie behandelt wurden — zeigt eine Sterblichkeit von 78,6%. 112 Fälle endlich, die mit Resektion behandelten, haben 40% Mortalität.

Verschiedene andere Ziffern verdienten vielleicht referirt zu werden, die Zahlen sind aber verhältnismäßig klein und zeigen überhaupt nichts besonderes für die Praxis Verwerthbares. Man hat nach Durchlesen der Arbeit des Verf. den Eindruck, dass er mit seinen Zusammenstellungen selbst nicht zufrieden sei, dass er nicht hat leisten können, was er gewünscht hätte. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

20) **H. Malbot.** Les abscès du foie en Algerie.

(Arch. génér. de méd. 1899. Oktober.)

Das häufige Auftreten der Leberabscesse in Algier ist hauptsächlich bedingt durch die Malaria. Die Dysenterie spielt bei dem Leberabscesse nach M. keine wichtigere Rolle wie jede andere, den Organismus schwächende Krankheit. Der chirurgische Eingriff muss möglichst früh, ehe es zu einer ausgedehnten Zerstörung der Lebersubstanz gekommen ist, vorgenommen werden. — Das erste Anzeichen eines beginnenden Leberabscesses ist der auf die Leber beschränkte Schmerz bei Erschütterung der Lebergegend. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung werden die Pleura und das Peritoneum in Mitleiden-

schaft gezogen und damit das Krankheitsbild schon mehr verwischt. Man kann die Leberabscesse vom Gesichtspunkte der Entwicklung aus in 3 Gruppen theilen:

1) Diejenigen, die die Unterfläche des Organs einnehmen und sich nach der Bauchhöhle zu entfalten. Sie wölben sich oft deutlich fühlbar in den Bauch vor und lassen sich leicht diagnosticiren. Operation vom Bauche aus.

2) Diejenigen der Konvexität, sie wölben sich gegen die Brusthöhle vor und erzeugen pleuritische Reizungen. Man eröffnet sie auf transpleuralem Wege mit oder ohne (?) vorhergehende Rippenresektion.

3) Die oft schwer zu diagnosticirenden centralen Abscese. Man sucht sie entweder vom Bauche aus oder auf transpleuralem Wege zu erreichen, je nach dem Orte, an dem man mit der Probepunktion Eiter entdeckt hat.

Als beste und sicherste Methode der Nachbehandlung, sowohl nach der Laparotomie als nach der transpleuralen Methode, empfiehlt Verf. seine »Clouage du foie«. Er versteht darunter ein so festes Anlegen des Verbandes nach der Operation, dass dadurch eine Verschiebung der Leber bei der Respiration verhindert (!) werde, und der Kranke nicht mehr den abdominalen, sondern den kostalen Athmungstypus annehmen müsse. Die Leberwunde wird bei dieser Methode nicht mit der Bauchwand vernäht, sondern durch mehrere Drainröhren durch die Abdominalwunde hinaus drainirt. (Die Tamponade der Bauchhöhle wäre doch wohl als eine mindestens eben so sichere und dabei für den Kranken weniger unangenehme und bedenkliche [Athmungsbehinderung] Methode der Nachbehandlung dieser »Clouage« vorzuziehen. Ref.) **Longard** (Aachen).

Kleinere Mittheilungen.

21) **Kutschera.** Traumatische Leukämie.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 7.)

Verf. bringt die Krankengeschichten dreier Fälle genannter Krankheit.

Fall 1. Ein 50jähriger, weder hereditär belasteter, noch nachweislich früher ernstlich erkrankt gewesener, in einer Knochenmühle beschäftigter Arbeiter erleidet dadurch einen Unfall, dass von aufgeschichteten, mit Knochenschrot gefüllten, je 30—50 kg schweren Säcken ein solcher herabfiel, den Arbeiter in die linke Seite trifft und denselben gegen den Rand des Mühlentrichters drückt. Nach anfänglicher schmerzhafter Schwellung und Röthung der Weichtheile in der Gegend des linken Rippenbogens in der Axillarlinie zeigt sich am 4. Tage unter stürmischer Temperatursteigerung zuerst ein deutlicher Milztumor, welcher in der Folgezeit nahezu die ganze linke Bauchhälfte ausfüllte und mit den übrigen Erscheinungen das deutliche Bild der Leukämie gewährt.

Verf. hat diesen Fall selbst beobachtet und bringt ihn als Begutachter in ursächlichen Zusammenhang mit obenerwähntem Unfalle. Die Krankengeschichten der beiden nächsten Fälle hat Verf. dem Materiale der medicinischen Klinik in Graz entnommen.

Fall 2. Ein 38jähriger Eisenarbeiter, der im 5. Lebensjahre Blattern, im 17. Lungenentzündung durchgemacht, sonst angeblich immer gesund gewesen war, zieht sich, als er ein etwa 50 kg schweres Bündel Eisenstäbe von der rechten Schulter herabgleiten lässt und sich dabei mit der rechten Brustseite etwas entgegenstemmt, einen Bruch der 3. rechten Rippe zu. Etwa nach 3 Wochen traten Schmerzen in der Milzgegend auf, und es wird bei dem Pat. das Bild ausgesprochener Leukämie festgestellt. Der Tod erfolgte im December 1899.

In diesem Falle scheint eine schon vorhandene Leukämie durch den Unfall manifest und in ihrer Weiterentwicklung beschleunigt worden zu sein.

Fall 3. Bei einer 21jährigen Gouvernante traten Anfangs, nachdem sie durch Wegziehen eines Stuhles seitens eines Zöglinges rücklings zu Falle gekommen, nur geringe Schmerzen im linken Hypochondrium auf. Nach 2 Monaten erkrankt sie an Gelenkrheumatismus und liegt desshalb 14 Tage darnieder. Einen Monat später zeigen sich bei ihr die deutlichen Zeichen der Leukämie. Verf. plädirt auch in diesem Falle für die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Leukämie. **Motz** (Hannover).

22) **Becker.** Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma. (Aus der med. Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Bei dem schon von Kindheit an »nervösen« 24jährigen Pat. trat sofort im Anschlusse an einen Hufschlag vor den Leib neben anderen neurasthenischen Erscheinungen ein sehr starker und hartnäckiger Schütteltremor des Kopfes und der Arme auf. **Kramer** (Glogau).

23) **Neumann.** Vier Fälle von Zuckerharn nach Unfällen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 4.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 4 Fällen, bei denen nach Trauma vorübergehend Zucker im Harn auftrat. Bei keinem der Verletzten waren im Anschlusse an das Trauma Bewusstseinsstörungen aufgetreten oder sonstige Zeichen einer Verletzung oder Erschütterung des Gehirnes und Rückenmarkes vorhanden gewesen. Verf. sieht hierin ein neues Argument für die Richtigkeit der Ansicht Senator's (Monatsschrift für Unfallheilkunde Jahrg. VII No. 1), nach der es zum Entstehen von Zuckerharnen nicht immer einer direkten Schädigung der den Zuckerstoffwechsel regelnden Organe (des verlängerten Markes, der sympathischen Ganglien, des Halsmarkes) bedarf, vielmehr schon eine heftige Erschütterung des ganzen Körpers genügt, um eine Störung in der die Zuckerausscheidung regelnden Funktion dieser Organe herbeizuführen.

Verf. hebt besonders hervor, dass keiner der betreffenden Pat. vor, noch während des Zuckergehaltes im Harn chloroformirt worden ist. Dagegen kann er nicht den Beweis erbringen, dass der Harn der Pat. vor dem Unfalle zuckerfrei gewesen ist. **Motz** (Hannover).

24) **Müller.** Mittheilung von zwei Fällen von Tetanus traumaticus. (Aus dem neuen Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Bei dem einen Pat. wurden die Tetanusanfälle nach den Seruminjektionen seltener und schwächer; doch starb der auch an Arteriosklerose leidende 54jährige Mann 5 Tage nach Beginn des Tetanus.

Der andere Kranke, der »vermuthlich auch ohne Seruminjektionen genesen sein würde«, zeigte nach den ersten 2 Einspritzungen keine wesentliche Besserung; erst nach der 3. (gleichzeitig Chloraldarreichung) ließen die tetanischen Erscheinungen nach. **Kramer** (Glogau).

25) **T. Kölliker.** Die Gipsdrahtschiene.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1900. 12 S.

Die kleine Brochüre empfiehlt ein recht elegantes handliches Verfahren zur Herstellung von Gipsschienen mit Drahtgeflecht als Untergrund. Passend zu-

geschnittene Netzstreifen werden mit mehreren Lagen Gipsbinden schnell umwickelt, feucht dem betreffenden Körpertheile angelegt, zurecht modellirt und in situ erhärten gelassen. Die so geformte Schiene wird gepolstert und beliebig befestigt.

Vorzüge des Verfahrens: Geringer Verbrauch an Gipsbinden, Handlichkeit vor Allem auch im Felde. **Christel** (Metz).

26) **Steudel, Schanz.** Biegsame Aluminiumschienen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 12 u. 15.)

Steudel empfiehlt erneut (s. ds. Bl. 1896 p. 1205) die Aluminiumschiene als festes und doch leicht biegsames Stützmittel. Die verbesserten Werkzeuge zum Abschneiden und Biegen der Schienen werden durch mehrere Abbildungen erläutert. —

Schanz hat die Schienen auch zu orthopädischen Zwecken bewährt gefunden.

Kramer (Glogau).

27) **Bertineau.** Sur un cas de tumeur maligne du voile du palais.

(Revue hebdom. de laryngol. 1899. No. 44.)

B. hat einen 65jährigen Mann behandelt, der an einer ulcerirten Geschwulst der Uvula und der oberen Partien beider Gaumenbögen litt. Dieselbe wurde mit dem Galvanokauter abgetragen und ist bis jetzt, $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, nicht wieder gewachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Cancroid handelte. Lymphdrüsen waren nicht ergriffen.

Manasse (Straßburg i/E.).

28) **A. Raoult et L. Hoche.** Note sur un cas des papillomes multiples des amygdales palatines (amygdalite papillomateuse et polypoide) et sur un cas de papillome de l'amygdale linguale.

(Revue hebdom. de laryngol. 1899. No. 42.)

Die Verff. berichten über die oben genannten beiden Fälle, fügen die mikroskopische Untersuchung des 1. Falles hinzu und kommen auf Grund derselben zu der Überzeugung, dass die Entstehung dieser Papillome auf entzündliche Ursache zurückzuführen ist. Sie nennen desshalb die Affektion: papillomatöse und polypoide Amygdalitis. **Manasse** (Straßburg i/E.).

29) **Schuchardt.** Plötzlicher Tod nach Herausschneidung von vergrößerten Gaumenmandeln, ob durch Verblutung, Erstickung oder Chok?

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 7.)

Am 16. Oktober 1896 wollte der praktische Arzt Dr. F. bei einem 13jährigen Mädchen von lymphatisch-chlorotischem Habitus nach einer abgelaufenen follikulären Angina auf Antrag der Eltern die vergrößerten Mandeln herausnehmen. Die Entfernung der linken Mandel gelingt nach Hervorziehung derselben durch einen scharfen Haken mittels eines geknöpften, gebogenen Messers anstandslos. Als Dr. F. dagegen bei der Schnittführung durch die rechte Mandel fast am unteren Ende derselben angelangt, machte das Kind, welches von der 43jährigen Wirthschafterin des Arztes und deren Sohn gehalten wurde, plötzlich eine heftige Aufsteh- und Brechbewegung. Das Messer gleitet in Folge dessen in das benachbarte Gewebe hinein; es entleert sich aus dem Munde eine Menge von etwa $^2/_{10}$ Liter dunklen Blutes nebst etwas Erbrochenem; das Kind ist sofort ohnmächtig, schnappt noch 2mal und ist todt.

Nach dem vom Verf. ausführlich wiedergegebenen gerichtlichen Sektionsprotokolle war die rechte Mandel in vertikaler Richtung fast durchschnitten. Von der Schnittfläche erstreckte sich nach hinten in das Gewebe ein etwa 0,5 cm großer Schnitt, welcher eine kleine Arterie und eine etwas größere Vene durchtrennt hatte.

Nach Ansicht des behandelnden Arztes ist der Tod wegen des Mangels jeglicher Verblutungs- oder Erstickungserscheinungen durch Herzschlag, wie es bei

Personen mit lymphatisch-chlorotischem Habitus nicht selten vorkommt, erfolgt. Im Gegensatze zu dieser Ansicht sucht der Amtsphysikus Dr. B. zu G. in seinem auf das Sektionsprotokoll gestützten Gutachten den Tod rein auf Erstickung in Folge Eindringens ergossenen Blutes in die Luftwege zurückzuführen.

Dem widerspricht Verf. als Obergutachter dieses Falles.

Unter Bezugnahme auf den Sektionsbefund sucht er in ausführlicher und überzeugender Weise seine entgegengesetzte Ansicht zu begründen. Er stimmt hinsichtlich der Todesursache mit dem behandelnden Arzte überein. Nach seiner Ansicht ist das plötzliche Nach-oben-Fahren und Ohnmächtigwerden mit unmittelbar eintretendem Tode des Mädchens unzweifelhaft auf einen raschen, fast momentanen Stillstand der Herzthätigkeit, auf einen sog. Chok zurückzuführen, der vor der Durchschneidung der betreffenden Blutgefäße bereits vorhanden war und seinerseits erst die Veranlassung hierzu gewesen ist.

Beide Gutachter stimmen darin überein, dass der behandelnde Arzt sachgemäß vorgegangen, und ihn an dem plötzlich eingetretenen Tode des Mädchens kein Verschulden trifft.

Motz (Hannover).

30) **Wiemann.** Zwei dunkle Fälle von Blutbrechen, nach Heben schwerer Lasten entstanden.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 3.)

Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle genannter Art, welche im Knappschaftslazarette zu Königshütte beobachtet und zur Obduktion gekommen sind.

Fall I. Ein 27jähriger, früher angeblich immer gesund gewesener Wagenstößer erkrankte kurze Zeit nach dem Heben eines aus dem Geleise gesprungenen Wagens an Leibschmerzen, blutigem Erbrechen und blutigem Stuhlgange. Nach 2 Tagen wird er mit den deutlichsten Zeichen der akuten Anämie in das Lazarett aufgenommen. Nach ca. $^{1}/_{4}$jähriger Behandlung daselbst wird er mit 50% Rente entlassen, muss aber bereits nach 4 Monaten derselben Erkrankung wegen wieder aufgenommen werden und wird innerhalb der nächsten 4 Jahre noch etwa 7mal wegen Blutbrechens resp. Abganges blutiger Stühle daselbst behandelt. Am Tage der letzten Aufnahme erliegt er einer erneuten Magenblutung.

Die Sektion ergiebt keine greifbaren, die Blutungen erklärenden Veränderungen der Magenwandungen; dagegen wurden im unteren Ösophagusende ungewöhnlich starke Venenerweiterungen gefunden. Das Platzen solcher Venen wurde von Ponfick (Breslau), dem der Magen zur Begutachtung übersandt worden war, als muthmaßliche Ursache der Blutungen angesehen.

Fall II. Am 12. Juli 1899 wird der Häuer Z. in das Lazarett mit den Zeichen akuter Anämie aufgenommen. Derselbe will nie magenleidend, auch sonst stets gesund gewesen sein und etwa 3 Tage nachdem er einen schweren Wagen gehoben, Blut erbrochen und dunkelrothe Stühle gehabt haben. Die Angaben des Pat. hinsichtlich der Ursache der Blutungen stimmen nicht in allen Punkten mit denen seiner Ehefrau und den übrigen Zeugenaussagen überein. Am 5. Tage nach der Lazarettaufnahme tritt eine neue Blutung aus dem Munde auf, der Pat. zum Opfer fällt.

Die Obduktion ergiebt hinsichtlich der Ätiologie der Blutungen einen völlig negativen Befund. Es konnte nur auf der Hinterfläche des Magens, in der Mitte zwischen großer und kleiner Curvatur ein längs verlaufender, etwa 1 cm langer Serosariss mit völlig reaktionslosen Rändern festgestellt werden, dessen Entstehung sowohl von Stolper und Ponfick (Breslau), denen der Magen zur Begutachtung übersandt worden war, als auch vom Verf. selbst unter ausführlicher Begründung seiner diesbezüglichen Ansicht als eine postmortale bezeichnet wurde.

Betreffs beider Fälle wirft Verf. die Frage auf, ob nicht zwischen Trauma und Magenblutung in so fern ein ursächlicher Zusammenhang bestehen könne, als während heftiger Anspannung der Bauchpresse und der dabei erfolgten Fixirung des Thorax in Inspirationsstellung der Druck im venösen Gefäßsystem, speciell auch in der Bauchhöhle, enorm erhöht werden und dadurch auf eine von ihm

nicht näher angebbare Weise bei makroskopisch intakter Schleimhaut gewissermaßen eine Art parenchymatöse Blutung entstehen könne. Motz (Hannover).

31) N. M. Wolkowitsch. Zur Behandlung gangränöser und der Gangrän verdächtiger Brüche.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 2.)

W. legt in solchen Fällen eine Anastomose zwischen zu- und abführendem Darmschenkel im Gesunden (7—9 cm von der eingeklemmten Stelle) an. Die Anastomose muss genügend weit sein — 3—4 cm. Der eingeklemmte Darm wird mit Jodoformgaze belegt und außen liegen gelassen, bis es sich zeigt, ob er versenkt werden kann oder nicht, oder er wird von Anfang an versenkt auf einem Streifen Jodoformgaze, der durch das Mesenterium gezogen wird, oder ohne denselben. Bei der Operation spaltet W. die oberflächlichen Bündel der Cowper'schen Fascie und sucht womöglich die unterliegenden Bauchmuskeln zu schonen, was am besten eine nachherige Bildung von Bauchbrüchen verhütet. Verf. operirte so 7 Fälle, von denen 5 genasen und eine gute Narbe bekamen; mehrere von ihnen blieben lange Zeit nachher in Beobachtung und behielten gute Darmfunktion. Interessant ist Fall III, wo am außen gelassenen Darme der abführende Schenkel von selbst abriss und sich versenkte. Der Zustand wurde erst 8 Tage nach der Operation richtig erkannt, das Ende des zuführenden Schenkels vernäht und versenkt, das abführende Ende, das eine lange, schmale Fistel bildete und 2 Wochen lang nichts secernirte, und erst dann geringe Mengen Fäces zu entleeren anfing, mit Salpetersäure und glühender Sonde geätzt und endlich zum Schlusse gebracht.

Weiterhin kam Verf. selbständig (er fand erst später die Arbeit Samter's im Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 8) zur Idee, bei phlegmonöser Hernie im Gesunden die Bauchwand zu durchtrennen, den zu- und abführenden Darmschenkel durch eine Anastomose zu verbinden, und dann erst die Hernie selbst in Angriff zu nehmen. Er wollte den Plan in einem Falle ausführen, fand aber bei der Laparotomie schon eitrige Peritonitis.

In der Arbeit werden noch verschiedene andere Rathschläge Betreffs der Herniotomie ausgesprochen und mehrere interessante Fälle beschrieben. So beobachtete W. einmal nach Versenkung eines eingeklemmten Darmes und anfänglich günstigem Verlaufe am 10. Tage Zeichen von Darmstenose. Die Operation zeigte Perforation des eingeklemmten Dünndarmes nach vorheriger Verwachsung desselben mit dem S romanum. Da der Puls schlecht wurde, wird der Darm außen gelassen. Tod nach 2 Tagen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

32) Guinard et Véron. Hernie ombilicale congénitale foetale étranglée. Opération radicale. Guérison.

(Revue d'orthopédie 1900. No. 1.)

Ein eben neugeborenes, männliches, nicht ausgetragenes Kind (8. Monat) wird mit einem mandarinengroßen, zunächst theilweise reponiblen, nicht eingeklemmten Nabelbruche in das Krankenhaus gebracht und in eine Couveuse gelegt. Entleerung von Meconium. In der Nacht treten Einklemmungserscheinungen auf. Radikaloperation; ausgetreten ist Dünn- und angewachsener Blinddarm. Heilung. **Herm. Frank** (Berlin).

33) G. Marion. Plaie de la grosse tuberosité de l'estomac par balle de revolver.

(Arch. génér. de méd. 1899. Mai.)

Verf. berichtet über einen Fall von Revolverschussverletzung des Magens. Die Pat. verlor sofort nach der Verletzung das Bewusstsein. Als sie wieder erwachte, stellte sich blutiges Erbrechen ein; die Einschussöffnung fand sich in der Höhe des 6. linken Interkostalraumes, 3 cm vom linken Sternalrande entfernt. 2 Stunden nach der Verletzung wurde die Laparotomie gemacht. Die Einschussöffnung im Magen fand sich im oberen Theile der vorderen Magenwand; bei dem Suchen nach der Ausschussöffnung des Magens stellte sich eine starke Blutung

aus den hinter dem Magen gelegenen Gefäßen ein. Da die Stelle der Blutung nicht aufgefunden werden konnte, wurde der Raum hinter dem Magen und zwi- Magen und Leber tamponirt, nachdem vorher die hochgelegene Ausschussöffnung an der hinteren Magenwand geschlossen war. Am 4. Tage wurden die Tampons entfernt, und nach 3 Wochen konnte die Kranke geheilt entlassen werden.

Longard (Aachen).

34) **Hodenfeldt.** Über totale Pylorusstenose nach Laugenätzung. (Aus dem Ansiter Krankenhause in Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 7.)

Bei dem früher gesunden, $6^3/_4$jährigen Knaben trat 3 Wochen nach einer Verätzung, die eine nachweisbare, durch Bougirungen rasch beseitigte Ösophagusstriktur verursacht hatte, ein allmählich zunehmender abdominaler Meteorismus auf, 8 Tage später langsam ansteigender Erguss innerhalb der Bauchhöhle unter gleichzeitigem Schwinden des Meteorismus. Nur geringes Erbrechen; Abmagerung. Die Eröffnung des Leibes ergab eine enorme Erweiterung des bis zur Symphyse reichenden Magens, nach dessen Entleerung von ca. 5 Liter Flüssigkeit rasch Kontraktion des Organes erfolgte. Nach Incision der papierdünnen Wand fand sich eine totale Pylorusstenose, bedingt durch ein kraterförmiges Verätzungsgeschwür des Pförtners. Gastroenterostomia anterior. Heilung; später traten noch einige Abscesschen in der Bauchnarbe auf. — Dass der Pylorus von der getrunkenen Lauge getroffen worden, erklärt H. damit, dass bei dem leeren, etwas geblähten Magen dessen Hinterfläche zur unteren wird, und in der Gegend der kleinen Kurvatur gleichsam als schiefe Ebene in der Fortsetzung des Ösophagus liegt; hierdurch gleiten schnell geringe Flüssigkeitsmengen zum Pylorus hin, der sich auf die einen Reiz ausübende Substanzeinwirkung kontrahirt und der Verätzung so erst recht intensiv ausgesetzt wird. **Kramer** (Glogau).

35) **B. René** (Paris). De la nécessité du lavage préalable de l'estomac avant la gastro-enterostomie.

(Progrès méd. 1900. No. 11.)

Die von Billroth u. A. vor allen Eingriffen am Magen angewandten Ausspülungen desselben sind von englischen Chirurgen und u. A. auch von Roux als unnöthig aufgegeben worden, weil der Magen bei denjenigen Pat., die dauernd erbrechen, leer sei, und die Magenspülungen die ohnehin entkräfteten Kranken unnützerweise noch mehr ermüden. Verf. fand in einem solchen Falle von Pyloruscarcinom den Magen stark dilatirt und mit fötid riechenden Massen hochgradig angefüllt. Die plötzliche Entleerung derselben bei der Eröffnung des Magens hatte den Tod des Pat. an Sepsis zur Folge. Desshalb will Verf. nach wie vor die Magenausspülung vor jeder Gastroenterostomie angewandt wissen.

Buchbinder (Leipzig).

36) **F. Westermark.** Om primärt sarkom i tunntarmen.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. Hft. 25.)

Verf. bereichert die Kasuistik der primären Dünndarmsarkome mit 3 neuen Fällen. In 2 von diesen Fällen wurde die Operation von John Berg und im 3. Falle vom Verf. ausgeführt. Noch 29 ähnliche Fälle hat Verf. in der Litteratur gefunden. Mit Benutzung dieses Materiales und unter Hinweis auf Baltzer's und Engström's diesbezügliche Arbeiten giebt Verf. eine ausführliche Darstellung der fraglichen Krankheit, deren Vorkommen und Ätiologie, pathologische Anatomie und Symptome, so wie der Behandlung, ohne jedoch etwas Neues in diesen Beziehungen zu bringen. Die Fälle waren folgende:

I. (John Berg). 52jähriger, vorher immer gesunder Mann ohne erbliche Belastung. 3 Monate vor der Operation Dysurie, Magenschmerzen, Koliken und schnelle Abmagerung. Kurz nachher wurde die Geschwulst vom behandelnden Arzte gefühlt. Bei der Aufnahme Abmagerung, Kachexie und Blässe. Zwischen Nabel und Spin. il. ant. sup. sin. ließ sich bei tiefer Palpation eine apfelgroße

Geschwulst fühlen. Konsistenz fest, Druckschmerz unbedeutend, Verschieblichkeit gering. Bei der Laparotomie fand man die Geschwulst mit der Bauchwand und der Blase verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen wurde ein 30 cm langes Stück vom Dünndarme resecirt. Cirkuläre Darmnaht; Vernähung der Bauchwunde. Pat. starb 5 Tage später an Ileus, den man vergebens durch eine 2. Laparotomie zu heben gesucht hatte. Die Untersuchung des Präparates ergab ein alveolares Rundzellensarkom des Dünndarmes.

II. (John Berg). 48jähriger Mann, der einige Monate vor der Operation an sich selbst eine Geschwulst wahrgenommen hatte, die schließlich bis zu Kindskopfgröße gewachsen war. Keine Schmerzen, nur allgemeiner Kräfteverfall. In der Regio hypogastrica fühlt man eine feste, sehr bewegliche, magenähnliche Geschwulst mit der Längsausdehnung quer im Bauche liegend. Bei der Laparotomie fand man, dass die Geschwulst ihren Sitz in einer erheblich ausgedehnten Jejunalschlinge hatte. Diese wurde resecirt, wobei auch einige geschwollene Mesenterialdrüsen mitentfernt wurden; Enterorhaphie; Heilung p. pr. 4 Monate nachher inoperables Recidiv. Sarcoma alveolare intestini tenuis.

III. (Westermark). 36jähriges Weib, das sich immer — einige anämische Symptome ausgenommen — einer guten Gesundheit erfreut hatte. 3 Monate vor der Aufnahme waren im unteren Theile des Bauches Schmerzen aufgetreten, und 3 Wochen vor der Operation entdeckte man im Bauche eine Geschwulst, welche nachher unter stetiger Abmagerung und zunehmender Blässe der Pat. beträchtlich gewachsen war. Eine mannskopfgroße, unregelmäßige, unverschiebbare Geschwulst wurde in der linken Abtheilung des Bauches getastet. Bei der Laparotomie fand man eine sehr gefäßreiche Geschwulst mit ausgedehnten Netzverwachsungen und Verlöthungen am Bauchfelle im kleinen Becken. Beim Manipuliren im Bauche zerriss die sehr brüchige Geschwulst und musste unter erheblicher Blutung stückweise herausgenommen werden. Sobald man den Stiel an der Darmwand gefunden hatte, wurde die Darmschlinge beiderseits komprimirt und die Blutung bemeistert. Resektion und Enteroanastomose, sorgfältige Herausbeförderung aller Geschwulstelemente. Heilung. Pat. war noch 6 Monate später rückfallsfrei. Die Geschwulst war von der Submucosa ausgegangen, hatte die Muscularis in einer handtellergroßen Ausdehnung zerstört und die Serosa beim Heranwachsen erhoben. Spindelzellen in einem feinen Maschenwerke von Bindegewebsfibrillen.

Die Arbeit ist mit 3 makroskopisch gehaltenen Abbildungen der Präparate versehen. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

37) **F. Hahn.** Zur Kasuistik der Darmlipome. (Aus der chirurg. Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zu Nürnberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 9.)

In dem mitgetheilten Falle wurden als Ursache der diagnosticirten Dünndarminvagination bei der Operation (Göschel) mehrere bis 5 cm lange polypöse Lipome des submukösen Fettgewebes des Darmes nachgewiesen, die gegen die Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt waren, und von denen eins nebst der selbiges bedeckenden Schleimhaut nekrotisch zerfallen war; auch an der Außenseite des Darmes war eine über walnussgroße, knollige Fettgeschwulst vorhanden. Resektion eines 15 cm langen Darmstückes mit den Lipomen nach Desinvagination des $^1/_2$ m langen Invaginatums; Darmnaht. Glatte Heilung.

In den bisher mitgetheilten Fällen von Darmlipomen war bis auf einen (Sangalli) immer nur ein solitärer Tumor vorhanden gewesen; auch hatte eine Kombination mit äußerem Darmlipom etc. gefehlt. **Kramer** (Glogau).

38) **Boinet et Delanglade.** Résection d'un diverticule de Meckel atteint de perforation dans le cours d'un fièvre typhoide.

(Arch. génér. de méd. 1899. Oktober.)

Die sehr interessante Mittheilung betrifft ein Mädchen von 35 Jahren, das an Typhus erkrankt war, und bei dem am 8. Tage der Erkrankung eine Perforations-

peritonitis konstatirt wurde. Bei der sofort vorgenommenen Operation fand sich die Spitze eines abgeschlossenen, etwa 10 cm langen Meckel'schen Divertikels perforirt, das resecirt wurde. Ursache der Perforation war ein im Divertikel sitzendes Typhusgeschwür. Tod in Folge Peritonitis. **Longard** (Aachen).

39) **K. G. Lennander.** Rörlig lefver och gallstenar; cholecystotomi samt reposition och fixation af lefvern.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. Hft. 35. I.)

65jährige Frau, welche 6 Jahre vor der Aufnahme an Koliken, Meteorismus und Stuhlverstopfung gelitten hatte. Symptome, die einer beweglichen Niere zugeschrieben wurden, hatten ein halbes Jahr vorher eine diagnostische Lumbalincision (in einem anderen Krankenhause) veranlasst. Während dieser Operation wurde das Bauchfell verletzt, und man fühlte eine Geschwulst, welche mit dem Colon ascendens zusammenhing. Da die Niere normales Aussehen hatte und sich in richtiger Lage befand, wurde damals von weiteren Eingriffen Abstand genommen. Die Obstipation wurde nach der Heilung immer lästiger; desshalb Laparotomie. Querschnitt dicht oberhalb der transversalen Nabelebene. Den rechten Leberlappen fand man bis zur Spina ant. sup. nach unten verschoben. Die Gallenblase war mit Omentum und Colon transversum verwachsen und fühlte sich mit Gallensteinen angefüllt. Keine Geschwulst konnte palpirt werden. Um die dislocirte und in der Sagittalebene rotirte Leber zu befestigen, wurden in Sublimatlösung (1⁰/₀₀) getauchte Mulltampons zwischen Diaphragma und die konvexe Leberoberfläche eingeführt, während der vordere Rand der Leber mit 3 groben Katgutnähten an der Bauchwand fixirt wurde. 16 Tage lang wurden die Tampons in der Wunde gelassen und dieselbe nachher bis zur Zeit der Heilung mit Jodoformgaze austamponirt. Die Gallenblase wurde nach der Entfernung der Steine an der mit einigen Nähten verkleinerten Bauchwunde fixirt und nachher drainirt. Afebrile Heilung in 6 Wochen. 26 Monate nach der Operation konnte die Leber in normaler Lage perkutirt werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

40) **K. G. Lennander.** Ett fall af subkutant krossår i lefvern (och i högra lungan?) med sekundär, afkapslad, varig peritonit samt serös plevrit och pneumonier.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. Hft. 35. II.)

32jähriger Mann, der 13 Tage vor der Aufnahme einen Stoß in die Lebergegend bekommen hatte. Vorübergehende unbedeutende Hämoptyse. Eine immer schmerzhafter werdende Hervorwölbung der Lebergegend mit schnellem Kräfteverfalle veranlasste die Aufnahme. Bei der Incision unterhalb des Rippenrandes gelangte man in eine subphrenische Höhle, die durch Torsion und Herabdrängung der Leber gebildet war und einen mehrere Liter betragenden, schokoladefarbigen, dünnflüssigen Inhalt hatte. An der lateralen Fläche der Leber konnte eine eiförmige Vertiefung mit gequetschten Rändern nachgewiesen werden. Die Höhle war vom Peritonealraume völlig abgekapselt und zeigte Staphylococcus in Reinkultur.

In den folgenden Tagen wurde wiederholt von der rechten Pleurahöhle aus ein steriles Exsudat aspirirt. Nach 2 interkurrenten Pneumonien erholte sich der sehr heruntergekommmene Pat. allmählich und wurde endlich völlig gesund.

In der Epikrise des Falles lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte.

1) Die Infektion des subphrenischen Ergusses nach einer subkutanen Kontusion einer verhältnismäßig kleinen Fläche der konvexen Leberseite.

2) Die Einkapselung des subphrenischen Ergusses, obgleich die Menge eine sehr beträchtliche war.

3) Die Sterilität des Pleuraexsudates.

4) Die drohende Lebensgefahr, wahrscheinlich auf der Drehung der Vena cava beruhend, da die Leber nicht nur um die sagittale Achse gedreht, sondern auch gegen die Mittellinie verschoben war. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

41) H. Kehr. Die Verwendung der Gelatine zur Stillung cholämischer Blutungen nach Operationen am Gallensysteme nebst Bemerkungen über Poppert's wasserdichte Drainage der Gallenblase.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 6 u. 7.)

42) Poppert. Entgegnung auf die Bemerkungen Kehr's.
(Ibid. No. 10.)

K. hat in 3 Fällen heftiger cholämischer Blutungen nach Gallensteinoperation, die durch Tamponade des Wundtrichters nicht zum Stillstand kamen, 100—200 ccm einer warmen 2%igen Gelatinelösung (mit 0,7% NaCl) mehrmals subkutan injicirt und danach Abnahme und schließlich Aufhören der Blutung beobachtet; nachtheilige Folgen sind ausgeblieben. Auch ein Fall von schwerer Magen-Darmblutung nach Operation (Cholecyst-Duodenostomie etc.) wurde durch die Injektion günstigst beeinflusst.

Im 2. Theile des Aufsatzes hebt K. hervor, dass er schon 1894 über das neuerdings von Poppert empfohlene Verfahren der Schlauchdrainage bei geschrumpfter Gallenblase berichtet und sich desselben seitdem häufig, wenn auch in letzter Zeit nicht mehr so oft, und zwar auch am Choledochus bedient habe. Die weiteren Ausführungen K.'s richten sich gegen die von Poppert noch mehr ausgedehnte Anwendung der Methode und betonen den Werth der Gallenblasenexstirpation für die meisten Fälle, da danach allein eine genaue Abtastung und Sondirung der Gallengänge zur Herbeiführung dauernder Heilung möglich sei; K. glaubt bestimmt sagen zu können, dass die Ektomie, mit Cysticotomie und Hepaticusdrainage kombinirt, viel bessere Dauerresultate, als die Cystostomie mit ihren zahlreichen Modifikationen, auch »der wasserdichten Drainage« ergebe. Die Anlegung einer Gallenblasenfistel übt K. fast nur noch bei akuten, serös-eitrigen Entzündungen in der vergrößerten Gallenblase, indess ohne das Schlauchverfahren. —

P. hält Kehr entgegen, dass er mit seinem Verfahren, das er als eine Vervollkommnung der Kehr'schen Schlauchdrainage empfohlen, nur zeigen gewollt, wie man mit Hilfe dieser Modifikation die Eingriffe am Gallengangsysteme vereinfachen und ihre Gefahren herabsetzen könne; auch andere Chirurgen hätten ganz ähnliche Wege desshalb eingeschlagen. Er habe den Beweis von der Zuverlässigkeit der wasserdichten Drainage erbracht und deren Ungefährlichkeit auch bei morschen und verkleinerten Gallenblasen dargethan, da ihm kein Kranker an den Folgen eines Fehlers der Technik der Operationsmethode oder an einer Wundkomplikation gestorben sei. **Kramer** (Glogau).

43) Zeller (Stuttgart). Exstirpation einer Pankreascyste.
(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1900. No. 14.)

Nach Verf.s numerischer Zusammenstellung sind bisher 133 Fälle von Pankreascysten operativ behandelt worden. 116mal wurde der Sack eingenäht und nach der Incision drainirt — Mortalität 6,89% — und 17mal exstirpirt — Mortalität 11,76%. Die von Z. bei einem 16jährigen Gymnasiasten beobachtete, vom Schwanze des Pankreas ausgehende Cyste lag oberhalb und links vom Nabel. Die zuerst ausgeführte Punktion derselben mit Dieulafoy's Aspirationsapparat entleerte 1600 ccm Flüssigkeit, die sich jedoch im Verlaufe von ca. 10 Wochen wieder bildete. Bei der nun folgenden Exstirpation der Cyste zeigte sich, dass sie ungewöhnlicherweise zwischen die Blätter des Mesocolon hinein gewachsen war und das Colon nach oben gedrängt hatte, so dass sie von einem Spalte in dem vorderen Blatte des Mesenterium aus exstirpirt werden musste. Die Heilung war eine glatte. **Buchbinder** (Leipzig).

44) H. Dörfler (Weißenburg a/S.). Kasuistischer Beitrag zur Symptomatologie der Pancreatitis acuta.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 8.)

In dem eine 50jährige, sehr korpulente Frau betreffenden Falle von akuter eitriger Pankreatitis und Nekrose des Pankreasgewebes bestanden von Anfang an

bis zum Tode außerordentliche Kreuzschmerzen, die in beide Beine bis in die Unterschenkel ausstrahlten und jedes Aufrichten im Bette fast unmöglich machten; dagegen fehlte jeglicher Schmerz im Leibe. Der rapide Verlauf der Krankheit (Fieber, Kleinwerden des Pulses, Athemnoth, einige Male Erbrechen und Zuckergehalt des Urins) erweckten den Verdacht auf eine Erkrankung des Pankreas, die auch die Sektion ergab. D. nimmt als Ursache der heftigen Kreuzschmerzen einen Druck des entzündlich vergrößerten Pankreas auf den Plexus solaris und das Ganglion semilunare, bezw. ein Übergreifen der Entzündung auf diese Gebilde an. Auch die beobachtete mächtige Auftreibung des Colon ascendens und transversum erklärt D. durch Lähmung dieser Nerven als Folge der Druckwirkung oder Entzündung. **Kramer** (Glogau).

Bemerkung zu der Bemerkung von H. H. Hirsch: „Zur Frage der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung" im Centralblatt für Chirurgie 1900 No. 17.

Von

Prof. Dr. ***A. Hoffa*** *in Würzburg.*

Wer die Bemerkung des Herrn Hugo Hieronymus Hirsch in No. 17 dieses Centralblattes liest, muss denken, dass ich mir widerrechtlich eine Theorie desselben angeeignet hätte. Das ist thatsächlich nicht der Fall. Ich habe in meinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie p. 546 neben den anderen Theorien auch die Theorie des Herrn Hirsch ausgeführt. Das wesentliche an dieser Theorie ist, dass Herr Hirsch eine besondere Wachsthumsenergie des fötalen Femur annimmt. Ich citire dann Herrn Hirsch nochmals p. 548, indem ich ausdrücklich hervorhebe, dass ich mit ihm übereinstimme in der Annahme, dass die angeborene Hüftluxation als intra-uterine Belastungsdeformität aufzufassen ist.

Nach dem Studium der einschlägigen Arbeiten und meinen eigenen Erfahrungen bin ich aber zu der Ansicht gekommen, dass man eine eigene Wachsthumsenergie des Femur anzunehmen nicht nöthig hat. Der Femurkopf wächst meiner Ansicht nach »einfach an der Pfanne vorbei«, weil er bei stark flektirten und adducirten Beinen und mangelndem Fruchtwasser im Beginne der Gravidität »einfach« von der Pfanne abgedrängt wird. Zu dieser Ansicht haben mich weder die Ausführungen des Herrn Hirsch noch die Alsberg's oder Deutschländer's gebracht, sondern wesentlich pathologisch anatomische Untersuchungen an der Hüftpfanne bei bestehender Luxation. Darauf einzugehen ist hier nicht der Ort. Herr Hirsch wird mir aber schon zugestehen müssen, dass ich mir meine eigene Ansicht bilde und diese auch wiedergebe. Unsere beiden Ansichten gehen ja nicht wesentlich, aber immerhin doch so aus einander, dass eine Differenz besteht. Es ist stets mein oberster Grundsatz gewesen, die Verdienste Anderer anzuerkennen, und Herr Hirsch kann sich gewiss nicht über mich beklagen.

In Hamburg ist durch die Redaktion der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen eine Auskunftsstelle für alle auf die Anwendung der Röntgenstrahlen sich beziehenden Angelegenheiten eingerichtet worden. Fragen medicinischer, physikalischer oder technischer Art werden beantwortet, und so weit dieselben von allgemeinem Interesse sind, in der Zeitschrift publicirt. Alle Anfragen sind direkt an die ***Redaktion Dr. Albers-Schönberg, Esplanade 38, Hamburg,*** *zu richten.*

Berichtigung: In No. 15 1900 p. 419 im Referat der Arbeit Kumberg's soll es heißen statt »Eröffnung« — »Bloßlegung des Sinus transversus« und am Schlusse »Heilung mit nur wenig beschränkter Beweglichkeit des Knies«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 9. Juni.** **1900.**

Über ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols.

Von

R. Kossmann in Berlin.

Die Arbeiten von Krönig, Döderlein, Sarwey und Paul u. A. haben wohl nunmehr Jeden, der bisher noch zweifelte, davon überzeugt, dass es unmöglich ist, die lebende menschliche Haut keimfrei zu machen. Vielleicht schränkt Einer oder der Andere

diese Behauptung noch so weit ein, dass er sie nur für die bisher bekannten Methoden gelten lässt, von der Zukunft aber noch irgend eine wirksamere, richtiger gesagt, eine wirklich wirksame erhofft. Aber selbst diese Hoffnung ist wohl eine zu optimistische; denn nicht die ungenügende baktericide Kraft der bekannten Desinfektionsmittel, sondern die Unzugänglichkeit der Ablagerungsstätten der Keime in der Haut vereitelt den Erfolg. In dieser Hinsicht haben die Versuche von Paul und Sarwey eine endgültig beweisende Kraft. Sie lehren, dass selbst Hände, die sich nach Anwendung eines oder des anderen Verfahrens scheinbar keimfrei erwiesen haben, bei 5 Minuten dauerndem Aufenthalte in warmem sterilem Wasser, ohne dass inzwischen eine neue Verunreinigung möglich gewesen ist, massenhaft Keime an das Wasser abgeben (cf. Versuch des Dr. Wickel), was nur dadurch erklärt werden kann, dass durch die Erweichung und Quellung der Epidermis tiefer liegende Ablagerungsstätten der Keime zugänglich werden.

Die Konsequenz aus dieser skeptischen Haltung gegenüber den Desinfektionsmitteln haben eine Anzahl von Chirurgen und Gynäkologen in der Richtung gezogen, dass sie die Hände mit Gummihandschuhen bekleideten. Die mannigfaltigen Nachtheile, die deren Benutzung mit sich bringt, sind bekannt. Die Hände erhitzen sich, sondern übermäßig Schweiß ab; Beweglichkeit und Tastwahrnehmung werden erheblich herabgesetzt; sucht man diesen Übelstand auf ein erträgliches Maß herab zu drücken, indem man möglichst dünne Handschuhe gebraucht, so ist deren Zerreißlichkeit groß, und jeder Riss bringt das Operationsgebiet in Flüssigkeitsaustausch mit dem bakterienbeladenen Schweiße, der sich inzwischen innerhalb des Handschuhes angesammelt hat; aber selbst der unverletzte Handschuh ist, wie es scheint, wenn er einigermaßen dünn ist, zu porös, um die Keime der Haut zurückzuhalten.

Unter diesen Umständen schien es mir der Mühe werth, zu versuchen, ob es nicht gelingen möchte, die gereinigte und getrocknete Hand mit einem Überzuge zu versehen, der dieselben Vortheile wie der Gummihandschuh ohne dessen Nachtheile böte. Es konnte sich dabei naturgemäß nur um die Herstellung einer Flüssigkeit handeln, die auf der trockenen Epidermis innerhalb einer angemessen kurzen Frist zu einem nicht klebrigen Häutchen erstarrt, das der Epidermis fest genug anhaftet, um Schweiß und jede andere Flüssigkeitsansammlung zwischen dem Überzuge und der Epidermis unmöglich zu machen; das ferner dünn genug ist, um das Tastvermögen ganz unbeeinflusst zu lassen; das elastisch genug ist, um nicht rissig zu werden und sich in Schüppchen abzuschälen; das sich endlich in einer die Epidermis nicht schädigenden Flüssigkeit leicht wieder löst.

Die Erfüllung dieser Bedingungen ist nicht leicht, und es waren umfassende Versuche, an denen der Firma J. D. Riedel, Berlin, insbesondere dem mit dieser Arbeit betrauten Chemiker, Herrn Dr. Hampe, das Hauptverdienst zugesprochen werden muss, er-

forderlich, ehe eine brauchbare Lösung gefunden wurde. Diese Lösung, die die genannte Firma zum Patent angemeldet und für welche sie sich den Namen Chirol hat gesetzlich schützen lassen, bildet eine klare, in größerer Menge gelbliche Flüssigkeit, die eine Auflösung von gewissen Hartharzen und fetten Ölen in einem Gemisch leicht siedender Äther und Alkohole ist.

Die Anwendung erfolgt ganz einfach in der Weise, dass die nach einer der üblichen Methoden möglichst gereinigte und desinficirte Hand sorgfältig abgetrocknet und wenige Sekunden in ein mit dem Chirol gefülltes Becken getaucht wird, wobei man sie mit gespreizten Fingern in der Flüssigkeit bewegt, auch die Finger einige Male krümmt und streckt.

Man zieht dann die Hand heraus, lässt sie ein paar Sekunden abtropfen, hält sie alsdann sogleich mit den Fingerspitzen aufwärts in bequemer Haltung, etwa in Brusthöhe. Ein Hin- und Herbewegen in der Luft ist kaum nöthig: auch ohne dies ist der Überzug in 2—3 Minuten (je nach der Lufttemperatur) trocken und hat jede Klebrigkeit verloren.

Irgend eine auch nur im geringsten Grade merkbare Beeinträchtigung des Tastgefühles oder der Beweglichkeit ist nicht vorhanden. Auch blättert der Überzug weder in Schüppchen ab, noch zeigt er selbst unter starker Lupe Risse. Ein Überzug von Chirol, das mit spirituslöslichem Anilinblau gefärbt war, auf einem Lappen menschlicher Haut zeigte auch unter mittelstarker mikroskopischer Vergrößerung keine Spur von Rissen. Eine allmähliche Abschleifung des dünnen Überzuges geht natürlich vor sich. Doch kann man sich durch Versuche mit dem eben beschriebenen gefärbten Chirol überzeugen, dass er weitgehenden Anforderungen an Dauerhaftigkeit genügt. Ich habe, um das Chirol in dieser Hinsicht einer recht strengen Prüfung auszusetzen, einen Versuch gemacht, der den Lesern dieser Zeilen gewiss etwas spaßhaft, aber vielleicht nicht unzweckmäßig erscheinen wird. Ich habe nämlich die drei Mittelfinger der rechten Hand mit einem in der eben erwähnten Weise blau gefärbten Chiroluberzug versehen und nach vollständiger Erhärtung dieses Überzuges mich an einer Kegelpartie betheiligt. Es kamen dabei auf einer sehr langen Holzbahn sehr große Kugeln zur Verwendung, die ich nach der in Norddeutschland herrschenden Gewohnheit aus der (leicht angefeuchteten) flachen Hand schob. Ich konnte nun leicht feststellen, dass erst etwa bei der 20. Kugel, die ich schob, an der Beere des Ringfingers, bald darauf auch an der des Mittelfingers, der Chiroluberzug in kleineren Flecken durchgeschliffen war; bei der 30. Kugel erschien er an der Beere des Zeigefingers noch intakt. Das dürfte genügen, um zu beweisen, dass der Überzug jedenfalls eine für jede größere Operation genügende Dauerhaftigkeit besitzt; und in der That habe ich ihn auch nach keiner meiner Operationen — bei denen ich allerdings ungefärbtes Chirol angewendet habe — sichtbar lädirt gefunden. Sollte aber wirklich

einmal ein Defekt entstehen, so handelt es sich doch immer nur um die Bloßlegung einiger weniger Quadratmillimeter Oberfläche der Epidermis und immer nur um einen kleinen Theil der Operationsdauer, so dass also auch ungünstigsten Falls eine ganz außerordentliche Verminderung der Infektionsgefahr erreicht ist.

Um den Chiroliiberzug zu entfernen, genügt eine kurze Waschung mit Spiritus, nach der eine leichte Einfettung mit Coldcream oder dgl. sich empfiehlt.

Abspülen der Hände während der Operation mit sterilem Wasser, Sublimat- oder Chinosollösung schädigen den Überzug nicht. Auch 5%iger Formalinlösung, die sonst von der Hand sehr schlecht vertragen wird, kann man sich, wenn diese durch das Chirol geschützt ist, bedienen, was ich für einen wesentlichen Vortheil halte. Lösungen, in denen freie Alkalien enthalten sind (z. B. Lysol), greifen dagegen den Chirolüberzug etwas an und sind daher besser zu vermeiden. Ich habe zur Prüfung dieser Frage Glasplättchen und Papierblättchen mit aufgetrocknetem blaugefärbtem Chirol 24 Stunden in den genannten Lösungen liegen lassen, wobei sich der Überzug von dem glatten Glase als zusammenhängendes Häutchen löste, an dem (Schreib-) Papier dagegen fest haften blieb. Im 3%igen Lysol war das Häutchen gequollen und getrübt, in den anderen 3 Medien nicht; von dem im Lysol aufbewahrten Papier ließ es sich etwa wie eine sehr zähe Leimschicht abschaben, während es in den anderen 3 Medien ohne Zerstörung des Papiers überhaupt nicht von diesem zu trennen war.

Wichtig erscheint die Frage, wie sich die Chirollösung zu Verunreinigungen und Luftkeimen verhält. Es ist als sicher anzunehmen, dass eine Vermehrung pathogener Keime in ihr unmöglich ist. Dagegen ist es möglich und selbst wahrscheinlich, dass nicht alle Keime, insbesondere nicht die resistenteren, darin absterben. Andererseits aber bleiben auch diese, wie sie hineingerathen, isolirt und werden beim Trocknen des Überzuges isolirt von einer festen Harzhülle umschlossen. Es ist daher theoretisch sehr unwahrscheinlich, das die durch die minimale Abschleifung des Überzuges bei der Operation in die Wunde gelangenden eingeschlossenen Luftkeime irgend eine inficirende Wirkung ausüben könnten. Bis zum Abschlusse der einer Prüfung dieser Frage gewidmeten Untersuchungen im Institute für Infektionskrankheiten haben wir in meiner Klinik die Vorsicht geübt, bei dem Verfahren die Trocknung der Hände in einem Gefäße vorzunehmen, das von einem filtrirten Luftstrome durchstrichen wird.

Aufbewahrung des Chirols in luftdichten Gefäßen ist natürlich, schon um die Eindickung durch Verdunstung zu hindern, erforderlich; auch muss es wegen seines Gehaltes an Äther und Alkohol offenen Flammen ferngehalten werden.

Schützt man das Chirol vor Verdunstung, so kann man dasselbe Quantum ziemlich lange benutzen, ehe es sich merklich eindickt.

Tritt dies endlich ein, so dass der Überzug längere Zeit braucht, um ganz trocken zu werden, so genügt ein geringer Zusatz von Äther, um das Chirol wieder brauchbar zu machen. Erst wenn der Harzgehalt durch den Verbrauch zu sehr gesunken ist, muss der Chirolvorrath selbst ergänzt werden. Da die Fabrik das Präparat zu einem sehr mäßigen Preise liefern zu können glaubt, so ist das ganze Verfahren verhältnismäßig sehr wenig kostspielig.

Fast noch wichtiger, als für die Sterilisirung der Hände des Operateurs selbst, der ja gewöhnlich in hohem Grade geschult in der Reinigung und Desinfektion derselben ist, scheint mir das Verfahren für die Behandlung der Hände der Assistenz, insbesondere des mit dem Zureichen der Instrumente und Einfädeln beschäftigten Personales, das gar zu leicht schlaff oder leichtsinnig wird. Bemerken will ich auch, dass eine vorzügliche Operationsschwester, die sehr an Ekzem der Hände litt, seit Anwendung des Chirols vollständig davon befreit ist.

Aber auch zur Sterilisirung der Haut des ganzen Operationsgebietes dient das Chirol ganz vortrefflich. Kann man auch mit ihm eben so wenig, als mit irgend einem anderen Mittel, die die Haut durchdringenden Stichkanäle sichern, so achte ich doch den Vortheil sehr hoch, dass mittels eines eingetauchten Stieltupfers die Hautoberfläche in beliebiger Ausdehnung in 2—3 Minuten mit einem festen Überzuge versehen ist, so dass man sie nicht nur mit den Händen streifen, sondern auch kräftig anfassen, z. B. die Bauchdecken bei einer Laparotomie, selbst wenn sie feucht sind, mit den Händen fassen und auseinanderziehen kann, ohne dabei seine Finger mit dem Inhalte der Hautdrüsen zu inficiren.

Schließlich will ich nicht verfehlen, auf den Schutz hinzuweisen, den der Chirolüberzug auch gegen Infektionen gewährt, die dem Arzte selbst gefährlich werden könnten. Der Gynäkologe und Dermatologe wird sich dadurch bei seinen Untersuchungen besser, als mit Öl oder Vaseline, schützen; und auch der Anatom und der pathologische Anatom wird sich zwar nicht gegen die Infektion durch schneidende und stechende Instrumente, wohl aber gegen die Infektion schon vorhandener Verletzungen und gegen die der Haarbälge besser, als durch jedes bekannte Mittel bewahren.

Einen besonderen Dienst endlich, würde ich glauben, den Mitmenschen geleistet zu haben, wenn die Hebammen genöthigt würden, sich des Chirols bei ihrer Thätigkeit zu bedienen.

---

1) **G. N. Darivo.** Zur Frage von den lokalen und allgemeinen Veränderungen im Körper, welche die Inficirung desselben begünstigen.

(Wratsch 1900. No. 9 u. 10. [Russisch.])

D. experimentirte an Kaninchen, denen er Kulturen von Bac. pyocyaneus und Staphylococcus aureus ins Femur injicirte. Er unter-

suchte den Einfluss allgemeiner Anämie und Hydrämie, Arterien- und Venenunterbindung, lokaler Hydrämie und Nervendurchtrennung auf den Verlauf der Infektion und kam zu folgenden Schlüssen:

1) Alles, was die Resorption der Mikroorganismen hindert, begünstigt das Auftreten örtlicher Veränderungen mit nachfolgender Eiterung und Gewebsnekrose, und umgekehrt.

2) Zweimal wiederholter Aderlass in unbedeutenden Mengen ruft keinen Unterschied im Verlaufe der Infektion beim anämischen und beim Kontrollthiere hervor. Man kann also dem anämischen Organismus keine Prädisposition zur Infektion zusprechen.

3) Akute Anämie in bedeutendem Grade schwächt den Organismus und begünstigt die Infektion, wenn sie kurz vor letzterer oder mehrerer Stunden vorher hervorgerufen wird.

4) Künstliche Hydrämie (Aderlass mit nachfolgender subkutaner Injektion von 7%iger NaCl-Lösung) prädisponirt bedingungslos zur Infektion.

5) Die lokalen Erscheinungen nach Einbringung des Staphylococcus in die hydrämische Extremität sind bedeutend und führen zu Allgemeininfektion des Organismus und Tod.

6) Arterien- und Venenligatur an der Extremität prädisponiren zur Infektion.

7) Beim Durchschneiden des Nervus femoralis unterscheidet sich der Infektionsverlauf in nichts vom Verlaufe beim Kontrollthiere.

8) Nach Durchschneidung des Nervus femoralis und ischiadicus ruft die Infektion der Extremität mit Staphylococcus aureus bedeutendere Lokalsymptome als beim Kontrollthiere hervor, doch geht letzteres früher an Septhämie zu Grunde, als die Thiere mit durchschnittenen Nerven.

Die Bedeutung des Organismus selbst bei der Infektion muss überhaupt genau erforscht werden, da die ganze Kunst der Chirurgie und Therapie darin besteht, seine Widerstandskraft gegen die verschiedenen Krankheiten zu unterstützen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

2) P. Ravenel. An experiment in the transmission of syphilis to calves.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. April.)

R. hat zusammen mit Pearson bei 2 Kälbern den Versuch der Übertragung von syphilitischem Virus gemacht. Obgleich sie hochvirulentes Material benutzten, die Versuchsanordnung einwandsfrei ist und die Disposition der Thiere durch vorhandene Tuberkulose erhöht war, fielen die Versuche, wie die meisten ähnlichen, völlig negativ aus.

R. v. Hippel (Dresden).

---

3) Leredde. Die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten. Kritische Studie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 3.)

Ein recht lesenswerther Aufsatz, in welchem dem namentlich in Frankreich noch immer bestehenden Bestreben, alle möglichen Hautkrankheiten mit unbekannter Ätiologie auf Affektionen des Nervensystems zurückzuführen, entgegen getreten wird. Für die deutsche Medicin sagt der Verf. nichts wesentlich Neues.

Jadassohn (Bern).

---

4) M. Joseph. Die Prophylaxe bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.

(Nobiling-Jankau: Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung II.)
München, **Seitz & Schauer,** 1900.

Je mehr die Kenntnis der Prophylaxe auf allen Gebieten der Medicin Gemeingut der Ärzte wird, um so größer werden die Erfolge werden; denn um so mehr wird der einzelne Arzt die sich ihm anvertrauenden Klienten zur Prophylaxe erziehen. In diesem Sinne ist jede neue hierher gehörende Arbeit mit Freude zu begrüßen. Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten ist ein seit sehr langer Zeit und sehr reichlich bearbeitetes Thema; hier haben wir fixe Kontagien, deren Weg wir meist sehr genau verfolgen können; hier — glauben wir immer wieder — müssten sich große Erfolge erzielen lassen. Es ist außerordentlich deprimirend, konstatiren zu müssen, wie wenig thatsächlich gerade auf diesem Gebiete erreicht wird. J. bespricht in der vorliegenden Übersicht in großen Zügen die verschiedensten Fragen. Er ist überzeugter Anhänger der Reglementirung, deren Verbesserungsnothwendigkeit er anerkennt, er ist für poliklinische Behandlung so weit dieselbe möglich ist, für unentgeltliche Hospitalaufnahme aller Geschlechtskranken etc.

J. bespricht dann die specielle Prophylaxe der Syphilis, die Verwendung des Kondoms, die Bedeutung der extragenitalen Infektion, der Therapie auch in prophylaktischer Beziehung etc., die modernen prophylaktischen Bestrebungen gegen die Gonorrhoe; die abortive Therapie der Gonorrhoe — Protargol hat nur bei ganz frischen Fällen abortive Erfolge ergeben.

Von geringerer Bedeutung ist natürlich die Prophylaxe der Hautkrankheiten; Bäder, Seife, Einfettungen werden im Allgemeinen empfohlen; dann wird eine große Reihe von Dermatosen besprochen, gegen deren Entstehen und Ausbreitung man etwas thun kann. Der Praktiker wird auch aus diesem Abschnitte viel Brauchbares entnehmen können.

Jadassohn (Bern).

5) T. Okanvura. Über Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

Im Anschlusse an die Krankengeschichten von 3 sehr ausgesprochenen Fällen der bekannten räthselhaften Kaposi'schen Krankheit berichtet der Verf., dass er bei diesen Pat. »eine Oligocythämie mit ziemlich stark ausgesprochener Leukocytose« konstatirt hat. Da das Allgemeinbefinden und die Ernährungsverhältnisse günstig waren, können die Cancroide keinen Einfluss auf diese Blutveränderungen gehabt haben. Auch an einen Zusammenhang der Oligocythämie mit der Pigmentbildung will O. kaum denken. Er glaubt vielmehr, dass die schwere Erkrankung der Haut auf den Gesammtorganismus einen ungünstigen Einfluss ausgeübt hat, der sich auch in den blutbildenden Organen geäußert hat. Die eosinophilen Zellen waren in zwei der Fälle vermehrt, im dritten vermindert; in der Haut wurden solche nicht gefunden.

Jadassohn (Bern).

---

6) C. Kreibich. Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. L. Hft. 2 u. 3.)

Histologische Untersuchung der Pemphigusblasen sind erst in relativ geringer Zahl vorgenommen worden und haben zu wechselnden Resultaten geführt — vermuthlich weil das Material, das den einzelnen Beobachtern zur Verfügung stand, zu gering und zu wenig gleichartig war.

K. hat bei 14 Fällen von Pemphigus (die Diagnose war fast immer zweifellos) mikroskopische Untersuchungen anstellen können und kommt zu folgenden Resultaten: Die klinisch oft schwer zu beantwortende Frage, ob die Blasen auf entzündlicher oder entzündungsfreier Haut entstehen, entscheidet das Mikroskop nach der erstgenannten Richtung; immer ist Entzündung des Grundes zu finden. Die bekannte (auch nach K. übrigens nicht charakteristische) Eosinophilie der Pemphigusblasen ist am besten nach Ehrlich durch chemotaktische Antrocknung der eosinophilen Zellen aus dem Blute zu erklären. K. hat die Degeneration dieser Elemente in der Haut auf Schnitten verfolgen können.

Die Blasen des Pemphigus liegen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zwischen Epidermis und Cutis, doch ist das keineswegs, wie man behauptet hat, absolute Regel, sondern es kommen solche auch zwischen den Schichten der Epidermis vor.

Die Behauptung Kromayer's, dass der Blaseninhalt eine Trennung zwischen Epidermis und Cutis bedingt, konnte K. eben so wenig wie Neisser und der Ref. bestätigen. Totale Abhebung der Epidermis findet sich auch bei anderen bullösen Krankheiten. Bei Pemphigus foliaceus sah K. eine enorme Ausdehnung der Haut-

gefäße (auch der tieferen), vollständige Abhebung der Epidermis, Durchtränkung und Absterben derselben. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **F. Juliusberg.** Über die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. L. Hft. 3.)

Unter dem oben angeführten Namen stellt J. das bisher beobachtete Material über eine zweifellos »neue«, d. h. nicht rubricirbare Hautkrankheit zusammen, welche der Ref. unter dem Namen »Dermatitis psoriasiformis nodularis«, Neisser als lichenoides und psoriasiformes Exanthem beschrieben hat. Zu den bisher publicirten 5 Fällen fügt J. noch 2 aus der Breslauer Klinik hinzu und gründet darauf ein Gesammtbild der Krankheit, so weit sich dasselbe bisher zeichnen lässt. Ein etwas polymorphes Exanthem, aus in Schuppung übergehenden Knötchen bestehend, von außerordentlich chronischem Verlaufe, meist ohne alle Beschwerden, gegen die Therapie (innere und äußere) ganz außerordentlich widerstandsfähig. Histologisch handelt es sich um eine oberflächliche Entzündung mit Parakeratose. Wer die Krankheit einmal gesehen hat, wird sie immer wieder erkennen; Verwechslungen kommen vor Allem mit Psoriasis und Lichen planus vor. Über die Nomenklatur mit dem Verf. zu rechten, liegt kein Grund vor. Ich halte den Namen Pityriasis »kleienförmige Schuppung« für nicht geeignet — nodularis heißt »knötchenförmig«, d. h. gleich lichenoid —; wozu immer neue Namen, wenn man die Ätiologie doch nicht kennt? **Jadassohn** (Bern).

---

8) **P. G. Unna.** Kühlpasten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 1.)

Um auch den Pasten den bei Salben wohlbewährten Vorzug des Kühlens zu verleihen, hat U. eine Anzahl von Versuchen gemacht. Kühlpasten kann man durch Zusatz von Magnes. carbon. oder Amylum zu Ungt. leniens herstellen; oder man kann Wasser mit Magnesia carbon. verreiben und Vaseline hinzufügen. Am meisten aber benutzt U. eine Pasta zinci mollis, für die 3 Formeln angegeben werden: Ol. lini, Aq. calcis, Zinc. oxyd., Cretae prop. im Verhältnisse von 20 : 20 : 30 : 30; oder āā 25; oder 20 : 20 : 40 : 20. Säuren, Phenole und Salze dürfen nicht zugesetzt werden. Die Indikationen dieser Kühlpasten werden vor Allem von arteficiellen Dermatitiden gegeben — sie vermindern die Sekretion und die Schmerzen, ohne die Haut spröde zu machen. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **P. G. Unna.** Transpellikulare Behandlung.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 1.)

U. will die Fälle, in denen Druck durch einen Firnis, mit medikamentöser Behandlung kombinirt, nothwendig ist, durch ein Kollodiumhäutchen hindurch behandeln — die starke Reizwirkung der

Medikamente wird dadurch gemildert. Er benutzt speciell Seifenkollodium (Sapon. virid. 4, Collod. 20) — z. B. mit Pyrogallolsalbe bei Lupus erythematodes, bei Frost der Hände, aber auch bei Keloiden, Dermatitis herpetiformis etc. Am Morgen löst sich das Häutchen mit warmem Seifenwasser leicht ab. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **L. Leistikow.** Die Anwendung der Pyrogallussäure im Gesichte.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 6.)

Die bei vielen Dermatosen unschätzbare Dienste leistende Pyrogallussäure kann wegen der Schwarzfärbung der Haut und der Reizung bei der ambulanten Behandlung im Gesichte nur sehr wenig verwendet werden. L. hat im Filmogen einen Firnis gefunden, in welchem sich die Pyrogallussäure gut löst; bei Nachtbehandlung lässt sich der dünne Überzug am Morgen gut abwischen (keine Seife!). Es ist (bei 2—5%iger Koncentration) am Tage nur eine leichte Verfärbung zu sehen. Reizungen blieben aus.

(Indikationen: Inveterirtes Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematodes, Ulerythema ophryogenes.) **Jadassohn** (Bern).

---

11) **P. G. Unna.** Ichthyolkollodium gegen Gefäßmäler der Säuglinge.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 5.)

U. behandelte »glomeruliforme Angiome« in vielen Fällen erfolgreich mit 2—3mal täglich zu wiederholender Bepinselung mit Ichthyolkollodium (1 : 9); nach mehreren Tagen wird die dicke Kruste abgehoben und wieder begonnen, und so sehr lange Zeit hindurch; ev. kann man diese Behandlung mit multipler Stichelung mit dem schwach rothglühenden Spitzbrenner kombiniren.

Die gleiche Methode ist erfolglos bei den rein venösen Gefäßmälern der Erwachsenen, von Erfolg gekrönt aber bei denen der Säuglinge. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **P. G. Unna.** Gynokardseife gegen Lepra.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. Hft. 3.)

Von vielen Seiten wird der innerliche Gebrauch von Ol. gynocardiae (Chaulmoograöl) gegen Lepra gerühmt (speciell bei Hautlepra). Leider werden größere Dosen meist von Magen und Darm nicht vertragen. U. hat keratinirte Fettpillen aus einer Natronseife dieses Öles herstellen lassen (Mielck-Hamburg); die sehr voluminösen Pillen werden (10 pro die) gut vertragen (sie sind im Magensafte unlöslich, im Pankreassafte löslich; jede Pille enthält 0,18 Gynokardseife = 0,15 Ol. Chaulmoogr. also pro die 1,5 Öl).

(Ref. möchte hierzu bemerken, dass er bei einem Leprösen, der Ol. gynocardiae in Tropfenform nicht vertrug, das Präparat in Glutoid-

kapseln geben ließ und damit die Tagesdosis von 8 g erreichte, ohne dass Beschwerden eintraten — der Pat. nimmt das Mittel schon viele Monate. Ob das Verschwinden der seit Jahren bestehenden erythematösen Flecke — mit Bacillenbefund — unter dieser Behandlung auf sie zurückzuführen ist, muss dahingestellt bleiben.)

Jadassohn (Bern).

13) **A. B. Duel.** The value of electrolytic dilatation of the Eustachian tubes in chronic tubal catarrh and chronic catarrhal otitis media.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. April.)

D. tritt in dieser Arbeit sehr warm für die schon früher von ihm empfohlene elektrolytische Behandlung von Strikturen der Eustachi'schen Röhre ein: Er beschreibt eingehend das von ihm benutzte Instrumentarium und seine Anwendung und giebt in tabellarischer Übersicht Bericht über einige 50 in den letzten 3 Jahren von ihm nach dieser Methode behandelte Fälle. Näher auf die Arbeit einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten, es seien nur die beiden Schlusssätze D.'s angeführt, welche lauten:

1) Alle verengten Tuben sollten zu ihrem normalen Kaliber zurückgeführt werden, und 2) in allen Fällen, in denen die Verengerung auf der Organisation eines entzündlichen Exsudates beruht, ist die beste Methode, um die erste Forderung zu erfüllen, die elektrolytische Behandlung.

R. v. Hippel (Dresden).

14) **R. v. Baracz.** Zur Technik der Antroatticotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 121.)

v. B. liefert einen Beitrag zur Nachbehandlung der Antroatticotomie. Nach Ausführung dieser zur Radikalheilung chronischer Mittelohreiterung dienenden Operation, die gegenwärtig als typisch ausgebildet gelten kann und hier als bekannt vorausgesetzt wird (vgl. übrigens d. Bl. 1892 p. 323), bleibt, auch wenn nach Stacke die große aufgemeißelte Knochenwunde wenigstens theilweise mit dem aus der Gehörgangswand gebildeten Lappen gedeckt wird, eine Granulationsfläche zurück, deren Behäutung viele Monate dauert. Es sind desshalb verschiedene Maßregeln versucht, ihre Behäutung zu beschleunigen, und v. B. hat zu diesem Zwecke 2mal Thiersch-sche Transplantationen auf die Granulationen und 1mal eine plastische Deckung mittels eines dem Halse entnommenen Hautlappens ausgeführt. Die Transplantationen nach Thiersch wurden etwa eine Woche nach der bei einem Kinde doppelseitig gemachten Aufmeißelung vorgenommen, und zwar ohne vorgängige Abschabung der Granulationen. Die Läppchen heilten gut an, und 9 Tage nach Vornahme der Transplantation wurden über der epidermisirten Höhle die Hautwundränder genäht. Definitive Heilung 5 Monate nach den Meißeloperationen. Bei dem zweiten Pat. (bezw. der dritten Operation) wurde an die Knochenaufmeißelung sofort die Implantation



des Hautdecklappens auf die aus Antrum und Atticus bestehende Höhle vorgenommen. Der Lappen ist zungenförmig, oben gestielt, mehrere Centimeter lang, $1\frac{1}{2}$ cm breit (s. die Figuren). Er heilte gut an, 16 Tage später wird sein Stiel durchtrennt und über der nun von ihm bekleideten Höhle die Hautwunde der Ohrmuschel mit der Schädelhaut vernäht. Heilung, theilweise per secundam, 4 Monate nach der ersten Operation vollendet. Das Gehör war auf sämmtlichen 3 operirten Ohren besser geworden. — Die Fälle wurden übrigens ambulant-poliklinisch behandelt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **N. Napalkow.** Die Naht des Herzens und der Blutgefäße.

Diss., Moskau, 1900. 212 S. (Russisch.)

N. machte Experimente an Kaninchen (Herz) und Hunden (Arterien und Venen), studirte die Anatomie an Leichen und vergleicht seine Resultate mit denjenigen anderer Forscher. Die angeführte Litteratur umfasst 109 Nummern (außerdem werden viele andere Arbeiten in Anmerkungen erwähnt). Das gewonnene Material wird in folgenden Kapiteln behandelt.

1) Über die Wirkung von Wunden des Herzens auf dessen Arbeit. Die Verwundung an und für sich ruft nur kurz dauernde Störungen hervor, die als reflektorische zu betrachten sind und das Leben nicht bedrohen. Mehrere am Kaninchen gewonnene Sphygmogramme beweisen das; nach den am Menschen beobachteten Fällen gilt dasselbe auch für Letzteren. 2) Die Blutung aus Herzwunden. Sie ist die häufigste Todesursache. Gewöhnlich werden die Ventrikel getroffen, die Vorhöfe seltener; die Herzohren bluten, nach N., nicht stärker, als die Vorhöfe (aus Stichwunden). Die Zweige der Coronararterien können ohne Schaden unterbunden werden. Die Herzblutungen wirken 1) durch die hervorgerufene Anämie des Herzmuskels, 2) durch Druck aufs Herz; die Blutgerinnsel sammeln sich hauptsächlich hinten unten im Herzbeutel an (mehrere Versuche mit Gipsinjektion an der Leiche). 3) Stillung der Blutungen aus Herzwunden. Von 8 Kaninchen, an denen N. die Herznaht anlegte, gingen nur 3 zu Grunde, alle an Infektion der Pleura und des Perikards. Dann werden aus der Litteratur 17 Fälle von Herznaht am Menschen beschrieben, die Technik der Naht selbst und die Indikationen besprochen. Die einen Bogen von 120° bildende Nadel muss beim ersten Einstiche beide Wundränder zugleich durchdringen, was die Anlegung sehr erleichtert. Genäht wurde meist mit Seide. Indicirt ist die Naht fast bei allen blutenden Herzwunden; auf die Synkope als blutstillendes Mittel ist nicht zu hoffen. 4) Die Freilegung des Herzens. In Wort und Bild werden die bisher geübten Methoden geschildert und zum Schlusse folgendes Verfahren vorgeschlagen: Querschnitt durch das Brustbein im II. Interkostalraume, bogenförmiger Schnitt, vom linken Rande des Brustbeines zum unteren

Rande der 5. Rippe an der Vereinigungsstelle von Knorpel und Rippe, von hier nach rechts mit leichter Krümmung nach unten, das Brustbein im VI. Interkostalraume treffend. Oben und unten gehen die Schnitte je 1 cm weit über den Brustbeinrand nach rechts. Der so gebildete Lappen wird nach rechts umgelegt und dadurch die ganze Vorderfläche des Herzens zugänglich gemacht.

Der zweite Theil bringt die Naht der Blutgefäße. Kapitel 5 — die Bedeutung der Naht unter den Mitteln zur Blutstillung (ihr Vorzug neben gewissen Bedigungen vor cirkulärer und seitlicher Unterbindung). 6) Experimente an Thieren (fremde und 24 eigene an Hunden). N. nähte die Carotis, Bauchaorta, äußere Jugular- und untere Hohlvene. Die Naht bekämpft die Venenblutungen besser als die der Arterien: von 10 genähten Venen blutete nur eine, von 14 Arterien 6, davon 3 im Strahl. 2mal sah N. Nachblutungen aus Venen (nach 4 resp. 6 Tagen) — beide Male nach Eiterung in der Wunde. Die Heilungsvorgänge wurden mikroskopisch untersucht. In der Wunde setzt sich im Gefäße ein Blutgerinnsel ab, gleichzeitig wuchert das Endothel über den Trombus und in denselben; je größer der letztere, desto eher geht die Lichtung verloren. Je weniger genau die Naht die Ränder an einander bringt und je größer die Entblößung des Gefäßes vom Bindegewebe, desto größer die Trombusbildung. Dehnung der Narbe sah N. nie. — 7) Analyse der Fälle von Gefäßnaht am Menschen. 18 Arterien, 37 (+ ?: von Heidenhain, Esmarch und Schede werden mehrere Fälle kurz erwähnt) Venen. Die Blutung stand immer (mit Ausnahme des Falles von Lindner, wo die Naht durchschnitt). Die Durchgängigkeit nach der Naht wurde 4mal anatomisch festgestellt. Genäht wurde meist mit Seide. — 8) Technik und Indikation zur Gefäßnaht. Das Gefäß wird zu beiden Seiten der Wunde auf Faden gefasst oder besser mit elastischen Pincetten; die dünne runde Nadel mit Seidenfaden durch alle 3 Schichten fortlaufend geführt, wobei das umgebende Zellgewebe möglichst geschont und nach Anlegung der Gefäßnaht über derselben genäht wird; der Druck des Zellgewebes schützt dann vor Nachblutungen und es hält die Infektion vom Gefäße ab. Indicirt ist die Naht bei reinen Wunden und gesunden Wundrändern, die ohne große Spannung an einander gebracht werden können. — N. lässt in seiner Arbeit die cirkulären Gefäßwunden bei Seite und bespricht hauptsächlich longitudinale und unvollständige Querwunden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **F. Duchanin.** Statistik der Knochenbrüche nach dem Materiale des I. Moskauer Stadtkrankenhauses 1885—1894.

Diss., Moskau, 1899. (Russisch.)

D. bespricht ausführlich 1055 Fälle von Knochenbrüchen, die am Schlusse der Arbeit in Tabellenform zusammengestellt werden. Bezüglich der Häufigkeit der Brüche an den einzelnen Knochen

entsprechen die Beobachtungen D.'s vollständig den Tabellen von Gurlt und v. Bruns. Als Anhang werden die komplicirten Frakturen besprochen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

17) **Vanghetti.** Plastica dei monconi a scopo di protesi cinematica.

(Arch. di ortopedia 1899. No. 5 u. 6.)

V. schlägt vor, an den Amputationsstümpfen — zunächst der oberen Extremität — die Muskulatur nutzbar zu machen zur aktiven Bewegung gelenkig zusammengesetzter Prothesen. Zu dem Zwecke sollen Sehnen oder Muskeln, welche bei der Amputation sich erhalten lassen, in verschiedener Weise — zu Schlingen eingeschlagen, zu Schlingen an einander genäht, mit Knoten versehen — mit der umgeschlagenen Hautmanschette bekleidet werden; später werden dann in die Hautduplikatur, entsprechend der Schlinge, Löcher gemacht und an diesen oder am Knotenzüge befestigt. Versuche an Vögeln haben Verf. gezeigt, dass es in der That möglich ist, in dieser Weise Sehnen (er benutzte die Fuß- und Zehenbeuger) plastisch zu verwenden und beweglich und funktionsfähig zu erhalten. Es kommt vor Allem darauf an, während der Wundheilung die sekundäre Retraktion der Sehnen zu verhüten, indem man sie durch durchgezogene Schlingen in passenden Schienen gedehnt hält. — Die verschiedenartigsten Möglichkeiten der Technik, der Art der Verwendung, Einwürfe etc. werden theoretisch ausführlich erörtert. Verf. erhofft von seinen Vorschlägen eine wesentliche Verbesserung der Prothesen, die so gewissermaßen belebt werden sollen. Eins scheint er nicht beachtet zu haben: dass zu zweckmäßigen aktiven Bewegungen vor Allem auch die Sensibilität der bewegten Theile gehört. Trotzdem sind seine Vorschläge beachtenswerth. Am Menschen konnte er seine Pläne nicht realisiren, da er ganz ohne Hilfsmittel auf dem Lande lebt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

18) **J. Nicolaysen.** Om Lårhalsfrakturens Behandling med Nagling.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. No. 29.)

Seit dem Jahre 1894 hat Verf. im Rigshospitale zu Christiania die Schenkelhalsbrüche mit Nagelung behandelt. Über die Behandlungstechnik hat er ausführliche Mittheilungen im Nord. med. Arkiv N. F. Bd. VIII No. 16 (Festband für Axel Key) gemacht. Bisher verfügt Verf. über 21 Fälle, 8 Männer, 13 Weiber, die nach dieser Methode behandelt worden sind. Nach der Reposition der Fraktur fixirt man das Bein mit einem stählernen, dreieckigen Nagel von 12 cm Länge und immobilisirt nachher mit Gips. Der Verband darf 10—12 Wochen liegen. Nach Verlauf von 2—3 Wochen wird der Nagel durch ein Fenster entfernt.

Die Resultate sind vorzüglich, indem die reelle Verkürzung im Mittel nur 4 cm betragen hat; die scheinbare Verkürzung, die von der Adduktion abhängt, ist verschwunden. Die unmittelbare Wirkung der Nagelung, die meistens ohne Narkose ausgeführt wurde, ist das vollständige Aufhören der Schmerzen. Da die meisten Pat., die von diesem Unfalle befallen werden, alt und gebrechlich sind, ist es auch von eminenter Bedeutung, dass sie bei dieser Methode viel leichter zu behandeln sind als bei jeder anderen.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

19) **J. Bukovsky.** Traitement des ulcères de la jambe par les produits du bacille pyocyanique.

(Ann. de dermat. et de syph. T. X. No. 12.)

B. nahm in Gemeinschaft mit Dr. Honl die bakteriologische Untersuchung von 100 Fällen von Beingeschwüren vor und fand zum Theil pathogene Mikroorganismen (am häufigsten den Bacillus pyocyaneus), zum Theil nicht pathogene Keime. Die ersteren sind zwar nicht als die unmittelbare Ursache der Geschwürsbildung anzusehen, zeigen aber einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Die nichtpathogenen Bakterien sind leicht zu beseitigen, während die anderen auch durch ganz energische antiseptische Maßnahmen nicht zu vernichten sind. Bei Heilversuchen mit den Toxinen der verschiedenen Mikroorganismen zeigte sich, dass die lokale Applikation von Pyocyaneusstoffwechselprodukten Unterschenkelgeschwüre außerordentlich günstig beeinflusste, und zwar auch dann, wenn die Ulcerationen andere Mikroorganismen beherbergten.

Die Behandlung bestand in der Applikation von Wattekompressen, die mit Pyocyaneustoxinen etwa 2—3mal täglich getränkt wurden. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden niemals beobachtet, weder Schmerzen noch Reizung der Haut, selbst wenn diese erkrankt war, noch Störungen des Allgemeinbefindens. Im Gegensatze zu manchen Antisepticis, die die Zellen schädigen, ohne die eingedrungenen Mikroorganismen abzutödten, sind die Pyocyaneustoxine den Granulationen nicht nachtheilig.

Falls keine Komplikationen vorliegen, reinigen sich die Geschwüre unter dieser Behandlung sehr schnell, etwas langsamer, wenn Ekzeme, Varicen, Narben oder Elephantiasis gleichzeitig vorhanden sind. 100 Fälle von Beingeschwüren gelangten in dieser Weise zur definitiven Abheilung, ohne dass andere Mittel verwandt zu werden brauchten. Es befanden sich darunter auch Geschwüre, die vorher durch andere Behandlungsmethoden nicht geheilt werden konnten. Ob die Behandlung mit den Pyocyaneustoxinen sicher vor einem Recidive schützt, kann mit Bestimmtheit noch nicht angegeben werden.

J. Schäffer (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

20) Jahresbericht der Heidelberger chirurg. Klinik für das Jahr 1898. Herausgegeben von V. Czerny; redigirt von G. Marwedel.

Im Vorworte des Jahresberichtes werden die letzten baulichen Veränderungen der Klinik erläutert. Der allgemeine Theil enthält eine Zusammenstellung über die Krankenzahl, die Operations- und Todesfälle des Jahres: Es wurden im Ganzen 2633 Pat. aufgenommen und 1858 chirurgische Eingriffe ausgeführt; von den letzteren entfallen, um einige derselben herauszugreifen, auf Magen und Darm 147, auf Gallenwege 44, auf Mastdarm und After 56, auf Hernien 108 etc. Gestorben sind 123 Kranke, was einer Gesammtmortalität von 4,67%, einer Operationsmortalität von 5,6% entspricht.

Im speciellen Theile werden die einzelnen Fälle unter besonderer Berücksichtigung der wichtigeren Beobachtungen nach Körperregionen zusammengestellt. Unter 329 Verletzungen finden sich 143 Knochenbrüche mit 58 komplicirten Frakturen, ferner 11 traumatische Verrenkungen der Schulter und des Ellbogens. Von entzündlichen Affektionen wurden 3 Fälle von Tetanus beobachtet, die sämmtlich trotz Antitoxintherapie tödlich endeten. Von 420 Geschwülsten waren 126 gutartiger, 68 sarkomatöser, 213 carcinomatöser Natur. In mehreren Sarkomfällen kam, wie im vorigen Jahre, Coley'sches Serum resp. Streptokokkensterilisat — ohne therapeutischen Effekt — in Verwendung.

Den Schluss des Berichtes bildet ein kurzer Überblick über die Thätigkeit der ambulatorischen Klinik, welche 5570 Pat. aufzuweisen hatte.

Honsell (Tübingen).

21) **B. Iginio.** Emoglobinuria come complicanza post-operativa e sua probabile causa in un antico traumatismo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 33.)

Ein 21 Jahre alter Mann wurde wegen eines Bruches nach Bassini's Methode operirt. Der Eingriff dauerte höchstens 50 Minuten, und in dieser Zeit wurden etwa 70 g Chloroform verbraucht. Das Operationszimmer war geheizt. Es erfolgte Heilung per primam. Auffallend war eine starke Anämie nach der Operation. Am 4. Tage wurde der Harn hämoglobinurisch, und dieser Zustand blieb 3 Tage bestehen. Die Anwendung von Jodoform beeinflusste die Hämoglobinurie nicht. Pat. hatte aber früher ein starkes Lebertrauma erlitten. Verf. ist der Ansicht, dass hierdurch die Disposition geschaffen war, welche sofort bei Anwendung des Chloroforms die Anämie zunächst und dann die Hämoglobinurie auslöste. **Dreyer** (Köln).

22) **P. Aysaguer.** Syphilome de la cloison du nez provoqué par un traumatisme.

(Revue hébdom. de laryngol. 1899. No. 42.)

Verf. berichtet über einen 28jährigen jungen Mann mit linksseitiger syphilitischer Geschwulst der Nasenscheidewand. Die Diagnose wurde auf Grund der erfolgreichen Jodtherapie gestellt. Mikroskopische Untersuchung fehlt.

Manasse (Straßburg i/E.).

23) **Linser.** Über einen Fall von Sarkom der Haut mit ungewöhnlich starker Schrumpfung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

In dem von L. beschriebenen Falle handelt es sich um ein flächenhaft ausgedehntes, langsam herangewachsenes Hautsarkom des Nackens bei einem jungen Manne. Dasselbe hatte im Laufe der Jahre zu einer höchst eigenthümlichen,

enormen Schrumpfung der Haut und Weichtheile im Bereiche der rechten Schulter-, Hals- und Brustseite, consecutiv auch zu Veränderungen des Skelettes, Skoliose der Wirbelsäule, Verziehung von Kopf und Schulter, Fixation des rechten Armes geführt. Histologisch bot die Geschwulst in frischeren Stadien das ausgesprochene Bild eines Fibrosarkoms, in späteren die Erscheinungen einer fibrösen Degeneration. Wie Verf. im Anschlusse hieran ausführt, ist die Schrumpfung in Neubildungen wie in Narben ein identischer Process, der wahrscheinlich in einer Veränderung des neugebildeten Bindegewebes gelegen ist. Diese Veränderung läuft parallel mit der physiologischen Entwicklung der Bindegewebszellen und besteht in einer elastischen Kontraktion der neugebildeten Fibrillen unter Schwund des überschüssigen Gewebes. **Honsell** (Tübingen).

24) **Linser.** Über verkalkte Epitheliome und Endotheliome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

L. giebt eine ausführliche Beschreibung zweier Fälle von verkalktem Epiresp. Endotheliom.

1) Bei einer 44jährigen Frau hatte sich im Laufe von 2 Jahren eine derbe subkutane Geschwulst der Wade gebildet. Exstirpation gelingt ohne Schwierigkeit. Die Geschwulst, wohl die größte bisher beschriebene ihrer Art, besteht aus einer größtentheils zellreichen Peripherie, einem verkalkten Centrum. In den zellreichen Theilen finden sich viele erweiterte Bluträume. Die endotheliale Herkunft der Zellen geht aus der morphologischen Übereinstimmung und dem direkten Zusammenhange derselben mit dem Endothel der Gefäße hervor. Den Übergang zu den Verkalkungen bilden hyaline Degenerationen, die um Blutgefäße angeordnet sind und nach und nach verkalken. In den Kalkkonkrementen sind noch deutliche central gelegene Gefäße mit Endothel und Blutkörperchen nachweisbar.

2) 52jährige Frau; langsam herangewachsene Geschwulst der linken Wange. Exstirpation. Das Präparat erweist sich durchweg verkalkt, es besteht aus Epithelzellenkomplexen mit typisch carcinomatösem Bau. Das Centrum der Epithelnester ist vielfach verkalkt, weitere Verkalkungen finden sich am Rande der Nester. Für die epitheliale Natur dieser zweiten Geschwulst sprachen einmal zahlreiche Körnchenbildungen im Protoplasma der Zellen, welche aus Keratohyalin bestanden, ferner der Nachweis der Ernst'schen Epithelfaserung innerhalb derselben.

Wie Verf. aus seinen Befunden schließt, sind also die verkalkten Geschwülste des Unterhautzellgewebes weder ausschließlich den Epitheliomen, noch ausschließlich den Endotheliomen zuzurechnen, können vielmehr bald der einen, bald der anderen Form zugehören. **Honsell** (Tübingen).

25) **O. Hahn.** Über einen Fall von Carcinom der Kopfhaut, in direktem Anschlusse an ein Trauma entstanden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Ein 68jähriger, bisher gesunder Mann zog sich durch Überfahrenwerden eine große, bis auf den Knochen reichende Weichtheilwunde am Hinterkopfe zu. In den nächsten 12 Wochen eiterte die Wunde beständig, zeigte keine Neigung zur Heilung; dann verdickten und wulsteten sich die Wundränder ganz allmählich, die Wunde selbst wurde eher größer als kleiner, es bildete sich in ihrem Bereiche ein typisch carcinomatöses Geschwür aus, welches sich histologisch als Carcinoma simplex erwies. Excision, Transplantation. — Dass sich, wie hier, ein Carcinom ohne Vermittlung einer Narbenbildung direkt an ein einmaliges, und zwar sehr schweres Trauma anschließt, dürfte ein recht seltenes Vorkommnis sein.

Honsell (Tübingen).

26) **Spitzer.** Über einige seltene, in Form von Tumoren auftretende tuberkulöse Erkrankungen der Haut.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

S. bringt 2 interessante Beiträge zu diesen bisher zu wenig beachteten Erscheinungsformen der Hauttuberkulose. In dem einen Falle handelte es sich bei

einem 31jährigen Manne um ausgedehnte Veränderungen der Haut des Fußrückens, die ohne Zweifel nach ihren klinischen Charakteren und histologischen Verhalten (Nachweis von subpapillär gelegenen Tuberkeln und Tuberkelbacillen) der zuerst von Riehl und Paltauf aufgestellten Tuberculosis cutis verrucosa einzureihen sind. Diese Form ist bisher am Fuße nicht beobachtet worden. Direkte Inokulation der Tuberkulose durch Barfußgehen auf mit Bacillen beladenem Boden ist anzunehmen.

Im 2. Falle saßen bei einem schwer Tuberkulösen mächtige, lappige Gebilde um den After herum; es wird offen gelassen, ob es sich um eine sekundäre Tuberkulose sog. organisirter luetischer Papeln (Lang) handelt, oder um eine primäre, in Form von lappigen und gestielten Fibromen auftretende Tuberkulose.

Haeckel (Stettin).

27) J. J. Makawejew. Zur Phototherapie.

(Wratsch 1900. No. 8.)

M. behandelte mehrere Pat. mit Bestrahlung mittels einer gewöhnlichen Glühlichtlampe (= 50 Kerzen = 100 Volt) mit parabolischem Reflektor. Die Bestrahlung dauerte 5—30 Minuten, gewöhnlich aber 10—15 Minuten. Verf. erzielte guten Erfolg bei Lupus, rheumatischen Schmerzen, hysterischer Neuralgie, 1mal sehr gute schmerzstillende Wirkung bei Mammacarcinom (en cuirasse). Man kann also auch ohne theuere Finsen'sche Apparate, mit einer gewöhnlichen elektrischen Lampe, gute Erfolge erzielen.

Etwas phantastisch erscheint die Schlussfolgerung des Verf.: Da die elektrische Beleuchtung bald allgemein werden wird, werden in nächster Zukunft die meisten Menschen elektrischer Bestrahlung unterworfen sein, was nicht ohne Einfluss auf den socialen Intellekt, auf das sociale Nervensystem, also auch auf die sociale Psychologie und den Stand des Gesellschaftslebens bleiben kann; Aufgabe der Ärzte ist es, diesen Einfluss zu studiren. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

28) v. Kétly. Ein durch Operation geheilter Fall von Jackson-scher Epilepsie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Ein 44jähriger Mann bekam tonisch-klonische Krämpfe im rechten Arme und in der rechten Schulter, bisweilen auch in der rechten Gesichtshälfte; das Bewusstsein verlor er nie. Die Krämpfe nahmen an Häufigkeit so zu, dass sie schließlich alle 10—15 Minuten auftraten. Heftige Kopfschmerzen, entsprechend dem Sitze des linksseitigen Armcentrums; hier der Schädel auch bei Perkussion empfindlich. Trepanation auf das linksseitige Armcentrum. Pia narbig verdickt, trübe, mit der Hirnrinde verwachsen. Diese selbst narbig, mit »stecknadelkopfgroßen, aus früheren Blutungen herstammenden Punkten«, aus denen nach Einstich serumartige Flüssigkeit herauskam. Ausschälen der veränderten Hirnsubstanz. Die Krämpfe nehmen sehr allmählich an Häufigkeit ab, 2 Monate nach der Operation noch 1mal täglich 1 Anfall. 7 Monate nach der Operation hörten nach brieflicher Mittheilung die Krämpfe ganz auf und sollen bis zum Tode an interkurrenter Krankheit, 22 Monate nach der Operation, nicht wiedergekehrt sein.

Haeckel (Stettin).

29) F. Gutschy. Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie in Folge autochtoner Thrombose der Art. fossae Sylvii, entstanden 4 Tage nach Exstirpation eines Lymphosarkoms der rechten Halsseite und Resektion der Art. carotis, V. jugularis und N. vagus.

(Liečnički viestnik 1900. No. 3. [Kroatisch.])

Das Hauptsächliche des von Wikerhauser operirten Falles ist im Titel enthalten. Die Lähmung entstand bei vollem Bewusstsein und ohne allgemeine Hirnsymptome, sie war cerebralen Charakters und inkomplet (die untere Extremität war weniger gelähmt als die obere). G. nahm an, dass es sich in diesem Falle

um eine Lähmung durch Anämie der corticalen psychomotorischen Centren in Folge Obturation der rechten Art. fossae Sylvii handelt, und zwar entweder dass der Ligaturthrombus in der Carotis durch Apposition bis in die Lichtung der Art. foss. Sylv. anwuchs, oder dass sich in derselben ein autochtoner Thrombus bildete. Die Sektion bestätigte seine Annahme: die Arterie war ganz blass, blutleer, dünn, eben so ihre 6 Zweige und die rechte Art. communic. post. Sekundäre Verände-rungen und Folgen dieser Anämie der corticalen Felder (ischämische Nekrose oder Encephalomalakie) wurden nicht gefunden. Verf. sieht es nicht als Zufall an, dass die Lähmung gerade, nachdem Pat. aufgestanden war, entstanden ist. Die dadurch bedingte Hirnanämie begünstigte in letzter Reihe das Entstehen des Thrombus. Zum Schlusse bringt Verf. eine Statistik der in der Litteratur bekannten Fälle von Carotisunterbindungen und erörtert die Erklärungen des Entstehens der üblen Zufälle danach. Im vorliegenden Falle bestanden Anomalien der Gefäßvertheilung; so hat die Art. basilaris links drei, rechts aber nur einen Zweig, die Artt. anteriores cerebri kreuzen sich, die linke geht auf die rechte Seite, die rechte auf die linke.

In der diesem Vortrage in der Gesellschaft der Ärzte in Agram (22. December 1899) folgenden Diskussion berichtet D. Schwarz über 3 Fälle von Carotisunterbindung, die er ausgeführt hat. 1) Unterbindung der Carotis wegen pulsirenden Exophthalmus bei einem 13jährigen Knaben. Die Pulsation hörte auf, der Exophthalmus blieb. Keine cerebralen Erscheinungen. 2) Wegen großen racemösen Aneurysmas Unterbindung der Carotis auf der einen, und als dasselbe nach oben fortschritt, auch der Carotis der anderen Seite. Keine cerebralen Erscheinungen; die Pulsation schwand, die erweiterten Gefäße blieben. 3) Bei Exstirpation eines Lymphosarkoms des Halses Resektion der Carotis, Jugularis und des Vagus. Keine cerebralen Erscheinungen. Tod an Vaguspneumonie. Nach seiner Erfahrung glaubt S., dass die Unterbindung der Carotis hinsichtlich der cerebralen Erscheinungen keine großen Gefahren bedinge. **v. Cačković** (Agram).

30) **Oestreich und Slawyk.** Riesenwuchs und Zirbeldrüsengeschwulst.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 475.)

Bei einem 4 Jahre alten Knaben waren, nachdem er vorher bis auf einige Kinderkrankheiten ganz gesund gewesen, im 3. Lebensjahre neben psychischen Veränderungen Zeichen eines auffallend raschen allgemeinen Körperwachsthums, am stärksten am Penis und den Mammae aufgetreten. Stauungspapille, unregelmäßiger, langsamer Puls, leicht spastischer Gang und erhöhte Reflexe deuteten auf eine raumbeschränkende Hirnaffektion hin. Abnorm hochgradiges Wachsthum von Händen, Füßen, Nase und Mund fehlten. Trotzdem wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Geschwulst der Hypophyse mit sekundärem Riesenwuchse gestellt. Die nervösen Erscheinungen nahmen rasch zu, es stellten sich immer häufiger werdende Krampfanfälle ein, und der Tod erfolgte im tiefsten Sopor ca. $1^1/_2$ Monate nach der Aufnahme ins Krankenhaus (Charité). Vorher waren noch von Virchow genaue anthropometrische Messungen vorgenommen worden. Die Sektion ergab eine kleinapfelgroße Geschwulst (Psammosarcoma cysticum) der Zirbeldrüse und Hydrocephalus internus; die Hypophyse war gesund. Verff. halten in diesem Falle einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der allerdings nicht ganz typischen Akromegalie und der Zirbeldrüsengeschwulst für unabweisbar.

Fr. Pels Leusden (Berlin).

31) **Labadie-Lagrave et Degny.** Associations morbides de l'acromégalie.

(Arch. génér. de méd. 1899. Februar.)

Verff. machen darauf aufmerksam, dass man bis jetzt auf die vasomotorischen Störungen bei Akromegalie wenig Gewicht gelegt habe. Ohne behaupten zu wollen, dass derartige Störungen der Akromegalie ihre Entstehung verdanken, bringen sie einige neue kasuistische Beiträge für die Koincidenz dieser Leiden.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 49 Jahre alten Mann, der an interstitieller Nephritis, Bleivergiftung, Hypertrophie des Herzens und Perikarditis litt. Die Veränderungen des Skelettes sind deutlich ausgesprochen an den Füßen, den Rippen, dem Schlüsselbeine, den Händen, dem Unterkiefer und den Schulterblättern. Tod an Apoplexie.

Bei der Autopsie fanden sich perikardiale Verwachsungen und eine beträchtliche Hypertrophie des linken Ventrikels; die Glandula pituitaria zeigte keine Veränderungen.

Bei dem 2. Falle von Akromegalie handelte es sich um einen Pat. im Alter von 55 Jahren, der an ausgesprochener Arteriosklerose litt. Pat. starb plötzlich an Apoplexie. Eine Sektion wurde nicht gemacht. **Longard** (Aachen).

32) **Röpke.** Kasuistische Beiträge zur Schwierigkeit der Diagnose endokranieller otogener Erkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

R. theilt 2 Fälle mit, in denen im Verlaufe chronischer Otitiden Erscheinungen (starke, auf den Hinterkopf beschränkte Schmerzen der erkrankten Seite, Druckempfindlichkeit, Schwindel, Erbrechen etc.) auftraten, die einen Kleinhirnabscess vermuthen ließen; indess ergab die Punktion keinen Eiter, und kamen die Pat. zur Genesung. Wahrscheinlich hat es sich um eine circumscripte eitrige Meningitis der hinteren Schädelgrube mit Hydrocephalus int. gehandelt, und ist dieselbe spontan ausgeheilt. **Kramer** (Glogau).

33) **Baup et Stanculeanu** (Paris). Le coli-bacille dans les suppurations auriculaires et leurs complications.

(Progrès méd. 1900. No. 9.)

Die Verff. beobachteten einen Fall von Mittelohreiterung, komplicirt mit Sinusthrombose und nachfolgender Allgemeinsepsis. In dem Eiter des Processus mastoid. und im Thrombus des Sinus, den sie während der Operation entnahmen, so wie in den 24 Stunden nach dem Tode untersuchten Leber-, Milz- und Nierentheilchen fanden sie konstant Bact. coli und Bac. perfringens (Veillon und Zuber, Rist etc.). Der Verlauf der Sepsis war ausgezeichnet durch das Auftreten heftiger Diarrhöen und subnormaler Temperaturen, wie man es auch bei Thieren beobachtet, die durch Bact. coli inficirt wurden. Die Virulenz soll das Bact. coli nach der Annahme der Verff. durch die Association mit dem anaëroben Bac. perfringens erhalten haben. **Buchbinder** (Leipzig).

34) **Biehl.** Störungen der Vasomotorenthätigkeit und der Sensibilität nach peripherer traumatischer Facialislähmung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 6.)

22jähriger Pat. erlitt 1898 bei einem Raufhandel einen Messerstich gegen das linke Ohr. Die Verletzung heilte ohne Naht und hinterließ Anfangs keine Folgen. 5 Monate später traten Erscheinungen von Facialislähmung, so wie stechende Schmerzen im linken Ohre auf. An der unteren Gehörgangswand ist eine feine Narbe von der Incisura intertragica bis zum Ansatze des knorpeligen an den knöchernen Gehörgang zu verfolgen. Die Messerspitze prallte wahrscheinlich am knöchernen Gehörgange ab und verletzte hierbei den Facialis, der, aus dem Foramen stylomastoideum kommend, fast in einem spitzen Winkel hier abbiegt. Die Durchtrennung des Nerven war keine vollständige, da nur der Stirnast vollkommen gelähmt ist; die Muskeln, die von den beiden anderen Partien versorgt werden, funktioniren, wenn auch etwas träger.

Interessant ist es nun, dass auf der erkrankten linken Seite im Gebiete des Planum temporale und des Unterkiefers (genauere Grenzbezeichnungen finden sich in einer beigefügten Abbildung) die taktile Sensibilität, so wie Schmerzempfindung stark herabgesetzt sind. Kälteempfindung fehlt vollständig, bei Warm wird nicht Wärme, sondern, besonders in der Nähe des Ohres, sehr intensiver Schmerz empfunden. Daneben bestehen vasomotorische Störungen: einseitiges Schwitzen auf

der linken Wange, so wie umschriebene Röthung daselbst bei angestrengtem Kauen. Durch Amylnitrit oder Pilokarpin ist die Erscheinung nicht auszulösen. Hysterie ist vollkommen auszuschließen.

Nach B.'s Dafürhalten erbringt die mitgetheilte Beobachtung den Beweis für die von v. Frankl-Hochwart ausgesprochene Annahme, dass der N. facialis beim Menschen auch sensible und vasomotorische Fasern führe. Mitchell hat unlängst bewiesen, dass der Facialis auch sensible Fasern mit sich führe. Auch ließe sich die längst bekannte Thatsache, dass nach der Krause'schen Resektion des Ganglion Gasseri im Laufe der Zeit das Gebiet der Anästhesie auf der operirten Seite kleiner wird, damit erklären, dass eben der Facialis mit seinen sensiblen Ästen die Rolle des zerstörten Trigeminus nach Möglichkeit übernehme. Die vorhandenen hochgradigen sowohl spontan als auch auf Druck auftretenden Schmerzen am Warzenfortsatze ließen einen operativen Eingriff berechtigt erscheinen (kleiner Eiterherd in der Tiefe? abgebrochene Messerspitze?). »Obwohl die mitgetheilten Krankengeschichten nicht sehr dazu ermuntern«, beschloss B. nach dem Küster'schen Vorschlage den Warzenfortsatz osteoplastisch anzugehen. »Die äußerst heftige Blutung, die durch die Unterbindung der Gefäße bedingte Verzögerung, so wie, und zwar hauptsächlich, ein Gefühl der Unsicherheit, förmlich im Dunkeln in der Nähe von Sinus und Facialis sich in die Tiefe zu arbeiten, veranlassten B., schon nach den ersten Meißelschlägen dies Verfahren aufzugeben und nach der alten, landläufigen Methode weiter zu arbeiten«. Befund war negativ. — Verf. schließt sich der abfälligen Kritik des Küster'schen Verfahrens durch Passow und Panse an.

Hübener (Dresden).

35) **M. M. Kusnetzow.** Über partielle Rhinoplastik nach J. Israel.

(Wratsch 1900. No. 7.)

K. machte die Operation 2mal mit gutem Resultate. Dabei beschreibt er einige Abweichungen von Israel in der Operationsmethode: der Hautschnitt wurde nicht vertikal, sondern horizontal geführt; beim Bilden des tunnelartigen Ganges suchte K. mit der Haut auch das Periost vom Knochen abzuheben; die Knochenplatte von der Tibia wurde mit ihrem Periost abgelöst und mit letzterem nach außen unter die Nasenhaut eingesetzt; endlich wurden nach Anlegung der Hautnähte letztere so wie die Wundränder mit Jodtinktur bepinselt; dasselbe wurde auch beim Verbandwechsel wiederholt; die Wunde heilte dabei anstandslos zu. — 4—6 Monate später waren die Knochenplatten deutlich zu fühlen, glatt und eben so groß wie bei der Operation. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

36) **v. Noorden** (München). Zur Schiefhalsbehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

In dem mitgetheilten Falle von Schiefhals, den Verf. auf eine primäre Schädigung des Kopfnickers bei der in Steißlage erfolgten Geburt des Kindes und auf eine durch mehrere Infektionskrankheiten (Varicellen etc.) im 5. Lebensjahre desselben erfolgte sekundäre zurückführt, ergab die in Resektion allein der zum Theil bindegewebig degenerirten Portio sternalis des M. sterno-cleido-mast. bestehende Operation mit nachfolgender orthopädischer Behandlung ein gutes Resultat. **Kramer** (Glogau).

37) **de Langenhagen.** Actinomycose cervico-faciale (à type cervico-maxillaire prédominant). Actinomycose laryngo-pulmonaire probable.

(Ann. de dermat. et de syph. Tome X. No. 11.)

In der Pariser Dermatologischen Gesellschaft berichtet v. L. über einen hochgradigen Fall von Aktinomykose des Gesichtes und Halses mit wahrscheinlicher Betheiligung der oberen Luftwege und der Lungen bei einer mit Landarbeit beschäftigten 40jährigen Frau. Vor 10 Jahren soll die Erkrankung im Anschlusse an einen Insektenstich an der Oberlippe entstanden sein, der ursprünglich nur ein Erythem mit einer zurückbleibenden weinrothen Verfärbung des Gesichtes hinterließ. Erst im letzten halben Jahre entstand eine Verdickung in der Kiefer-

gegend, die sich über das ganze Gesicht und den Hals verbreitete. Jetzt stellt die Affektion eine Art von Maske dar, die von der Stirnhaargrenze bis in die Schlüsselbeingegend reicht, den Kopf und Hals vollständig fixirt, gleichsam einzwängt und die Gesichtszüge ganz unbeweglich macht. Die Haut ist an den infiltrirten Stellen weinroth verfärbt. Man hat bei der Tastung das Gefühl eines starren Ödems; Unterhautgewebe und Aponeurosen sind mit in das Infiltrat einbezogen. In der Umgebung des Mundes, an den Wangen, in der Kiefergegend mehrere verschieden große Knoten, zum Theil vereitert, in der Sternoclavicularregion 2 ulcerirte, an Gummata erinnernde Geschwülste. Der serös-eitrige Inhalt einzelner Abscesse enthält charakteristische Aktinomyceskörner. Im Kehlkopfe linksseitige Schwellung mit eitrigem Belage. 2 vorausgegangene Hämoptoën deuten auf eine Aktinomykose der Lungen hin. Der Allgemeinzustand der Pat. war bis in die letzte Zeit verhältnismäßig gut geblieben. Unter dem Einflusse von Jodkali stellte sich eine Besserung der Hauterscheinungen ein, die aber nur von kurzer Dauer war. **J. Schäffer** (Breslau).

38) **Menko.** Spondylosis rhizomelica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Mittheilung eines derartigen seltenen Falles, wo bei einem gesunden jungen Manne, der nicht neuropathisch belastet ist, unter rheumatoiden Schmerzen allmählich eine Ankylose der Halswirbelsäule eintritt, wozu sich Störung der Schluck- und Kaubewegungen gesellen, eine herabgesetzte Bewegung im Schulter- und Kniegelenke und eine vollkommene Ankylose der Hüftgelenke, so dass Wirbelsäule, Becken und Oberschenkel wie an einander geschmiedet sind. Außerdem fand sich eine Exostose im Rachen. Differentialdiagnostisch kommen die Kyphose hérédotraumatique (Murio), Arthritis deformans, Osteitis deformans von Paget in Betracht. Die Prognose ist ungünstig. **Borchard** (Posen).

39) **Fournier et Loeper.** Mal de Pott syphilitique de la colonne vertebrale.

(Ann. de dermat. et de syph. Tome X. No. 2.)

Der in der Pariser Dermatologischen Gesellschaft demonstrirte Pat. hatte vor 20 Jahren eine sichere luetische Erkrankung durchgemacht, die nicht behandelt wurde. 10 Jahre später Gummata am Handgelenke, die auf Jodkali und Quecksilberpillen prompt zurückgingen. Vor 1¼ Jahre Schmerzen im Nacken und Parästhesien in den Fingern. Besserung durch Jodkali. In den letzten Monaten Wiederauftreten derselben Erscheinungen, beginnende Atrophie der Muskulatur der oberen Extremitäten; gleichzeitig Fixation der Wirbelsäule. Vor 5 Wochen ohne Bewusstlosigkeit plötzliche Parese der oberen, in geringerem Grade der unteren Extremitäten. 5 g Jodkali beseitigten in 14 Tagen die Motilitätsstörungen fast vollständig. Gegenwärtig findet sich eine Anschwellung in der Gegend der Halswirbelsäule (wahrscheinlich den seitlichen Theilen und dem Körper der Wirbel angehörend), vollständige Ankylose der Halswirbelsäule, Muskelatrophien und Parese der Extremitäten. Steigerung der Reflexe, keine Sensibilitätsstörungen. Anzeichen für Tuberkulose sind weder anamnestisch, noch durch den objektiven Befund nachzuweisen.

Es handelt sich demnach mit großer Wahrscheinlichkeit um einen Fall von Pott'scher Krankheit syphilitischer Natur mit sekundärer Reizung des Rückenmarkes. Es steht zu erwarten, dass die eingeleitete Behandlung mit Kalomel und Jodkali die gummöse Erkrankung der Wirbel bessern, gegen die sekundäre fibröse Ankylose aber nichts ausrichten wird. **J. Schäffer** (Breslau).

40) **E. Kirmisson et R. Sainton.** Scoliose volumineuse associée à des déformations multiples des membres de nature indéterminée chez un jeune garçon de 8 ans.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 5.)

Das Leiden hat sich nach einer typhusähnlichen Krankheit unter heftigen Schmerzen in der Wirbelsäule, Schultern, Knieen entwickelt und führte unter viel-

fachen Kontrakturen an den Extremitäten und hochgradiger Skoliose zu einer Art schmerzhafter Chondromalakie, welche aber in ein typisches Krankheitsbild nicht hineinpasst. Sehr auffallend ist auch die Bildung dicker Fettklumpen in den Handflächen und Fußsohlen, welche polsterartig hervorquellen.

Herm. Frank (Berlin).

41) **Munter.** Schnittverletzung des Ductus thoracicus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 48.)

Beschreibung eines Falles von Schnittverletzung des Ductus bei einem Arbeiter, der einen Axthieb gegen den Hals erhalten, bei dem die Vena jugularis externa und der Ductus durchtrennt waren. Die Unterbindung des Ganges, aus dem ein milchweißer Strahl sich ergoss, gelang leicht. Nach 3wöchentlicher Behandlung wurde Pat. geheilt entlassen. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

42) **R. C. Cabot.** A remarkable case of probable thoracic aneurism presenting intermittently through the sternum.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. April.)

Die Krankengeschichte des sehr interessanten Falles ist folgende:

42jährige Frau, sonst stets gesund, hat 7 Fehlgeburten im 1.—3. Monate der Schwangerschaft durchgemacht; sonst keine Zeichen von Syphilis. Seit 7 Jahren bemerkt sie eine Geschwulst über dem Sternum, die mehrmals kam und wieder verschwand, und zwar letzteres zu Zeiten, in denen sie Jodkalium nahm. Sonst keine Symptome, weder Dyspnoë, noch Dysphagie, noch Husten oder Druckerscheinungen.

Status: In der Mittellinie über dem Manubrium sterni ein Tumor von Citronengröße, 2 Zoll vorragend, die einem Kuhhorne ähnliche Spitze etwas nach rechts gerichtet. Diese Spitze ist schwärzlich, wie gangränös, umgeben von einem tiefrothen Ringe, die Basis hellroth, mit dilatirten Venen überzogen. Der Tumor ist weich und elastisch, pulsirt isochron mit dem Herzen, über ihm ist überall ein weiches, systolisches Blasen zu hören. Unterhalb dieser Geschwulst liegt eine zweite in der Höhe des 3. und 4. Rippenknorpels, flacher, größer, weniger entzündet, aber eben so pulsirend wie die erste. Über ihr kein Geräusch hörbar. Am Herzen ein schwaches systolisches Geräusch, am besten über der Pulmonalklappe, weniger ausgeprägt über der Herzspitze hörbar. Radialpulse gleich, auch sonst keine Veränderungen, abgesehen von Narben an Armen und Beinen.

In der Annahme eines dem Durchbruche nahen Aneurysmas wird Pat. ins Hospital gewiesen. Hier bricht die obere Geschwulst auf, entleert aber nur krümeligen Eiter, eben so wie die später incidirte untere. Pat. erholt sich unter Jodkaliumbehandlung erheblich, behält aber eine Fistel, die an der Hinterseite des Brustbeines auf rauhen Knochen führt. 3 Monate später bemerkt Pat. ein Geräusch, »als wenn Tropfen auf ein Zinkdach fallen« in ihrer Brust, ein Geräusch, das auch von ihrem Manne gehört wird. Kurze Zeit darauf steht sie Nachts auf, um sich Wasser zu holen, der Mann hört sie aufschreien und fallen und findet sie todt in einer Blutlache; keine Sektion.

Die vorher im Krankenhause angefertigte, wie Verf. aber selbst zugiebt, nicht genügend von den Ärzten studirte Röntgenaufnahme lässt an der Diagnose: Aneurysma der aufsteigenden Aorta keinen Zweifel. Wenn aber Verf. den Befund so erklären will, dass das Aneurysma thatsächlich das Sternum durchbrochen habe, dass dagegen Thromben in demselben so fest hafteten, dass sie zeitweise den Blutaustritt aus dem Aneurysma hinderten, zeitweise ihn in Folge Lockerung wieder gestatteten, und so ein Anschwellen der Tumoren zu Stande kam, so kann sich Ref. dieser Erklärung nicht anschließen. Vielmehr ist er der Überzeugung, dass außer dem, jedenfalls auf luetischer Basis entstandenen Aneurysma 2 Gummata des Sternums bestanden, welche zu Caries desselben führten, bei der Anwendung von Jodkalium sich regelmäßig verkleinerten, bei Aussetzen der Behandlung wieder wuchsen, schließlich zerfielen und ulcerirten und nach abermaliger Jodkaliumtherapie mit Hinterlassung einer Fistel ausheilten. Unabhängig von diesen Gummigeschwülsten wuchs das Aneurysma weiter und führte schließlich

durch Perforation den Tod herbei. Mit dieser Annahme lassen sich sicher alle Krankheitserscheinungen ungezwungen in Einklang bringen.

R. v. Hippel (Dresden).

43) **E. Owen.** A case of internal derangement of the knee joint.
(Lancet 1900. April 28.)

Verf. beschreibt einen Fall von Dérangement interne, wo sich bei der Operation zeigte, dass der vordere Theil des inneren Semilunarknorpels im Kniegelenke abgerissen war und statt an seiner richtigen Stelle zwischen der Gelenkfläche des Condylus internus femoris und der Tuberositas tibiae lag. Das Knorpelstück wurde exstirpirt, und obgleich wegen starker Blutung ein Drain in das Gelenk eingelegt werden musste, trat Heilung per primam ein, so dass der Pat. jetzt seinem Berufe als gewerbsmäßiger Fußballspieler wieder nachgeht. Verf. betont, dass das Dérangement des inneren Semilunarknorpels viel häufiger ist, als das des äußeren, aus bisher nicht genügend erklärten Gründen.

F. Krämer (Berlin).

44) **E. Kirmisson.** Amputation congénitale dé la jambe gauche.
(Revue d'orthopédie 1900. No. 1.)

5jähriges Mädchen mit tiefer Furche am rechten Beine, Syndaktylie der linken Hand, Zehendeformitäten und angeborener Amputation des linken Unterschenkels; Ursache: Amniosabnormitäten. **Herm. Frank** (Berlin).

Zur Hornhautfrage.

Von

***Oscar Vulpius** in Heidelberg.*

Unter Verkennung der Aufgabe eines Referenten benützt Jakob Riedinger (Würzburg) die in 5 Zeilen erledigte Besprechung einer Arbeit von Blencke in No. 20 dieses Blattes, um daran anknüpfend mit einer Reihe von Angriffen gegen mich und gegen eine nicht weniger als 1½ Jahre zurückliegende Veröffentlichung von mir den ganzen Rest einer Seite zu füllen.

Es liegt mir nun fern, mich mit Riedinger in einen Streit um die Priorität einzulassen, die ich eines Zankes niemals für werth hielte. Es genügt, einige Behauptungen von Riedinger zu widerlegen, die, so weit sie sachlich, auch fast durchweg sachlich unrichtig sind.

Die Erfindung der Hornhaut gebührt, wie ich in meiner Publikation ausdrücklich betonte, dem Bandagisten Bingler. Da dieser der technische Leiter meiner Anstaltswerkstätte ist, so ist es gewiss selbstverständlich, dass wir in erster Linie die Gelegenheit und die Pflicht hatten, das neue Material in ausgiebiger Weise zu erproben und Erfahrungen zu sammeln. Wir thaten dies allerdings gründlichst und hielten darum mit unserem Urtheile und also auch mit der einführenden Publikation erheblich länger zurück als dies von Seiten Riedinger's geschehen ist.

Ob Riedinger den Stoff »Hartleder« nennen will, wie er in seiner früheren Mittheilung vorschlug, oder auch »Hautleder«, welches Wort ihm jetzt besser zu gefallen scheint, dürfte dem Erfinder höchst gleichgültig sein.

Ein Irrthum von Riedinger aber ist es, das Material als halbgegerbtes Leder zu bezeichnen. Hätte Riedinger meine Publikation gründlicher gelesen, so würde er unter Anderem erfahren haben, dass es sich um rohe, besonders hergerichtete Thierhaut handelt.

In Folge dieses Irrthums ist von den historischen Erörterungen Riedinger's über die Herkunft des Halbleders das gleiche zu sagen, was für seine gesammten Auslassungen gilt. Sie sind deplacirt.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 16. Juni.** **1900.**

(Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause in Eppendorf.)

Die kongenitale Hüftgelenksluxation im stereoskopischen Röntgenbilde.

Von

Dr. Heinrich Hildebrand,

Sekundärarzt.

Wie auf so vielen Gebieten, so haben auch bei den kongenitalen Hüftgelenksluxationen die Röntgenstrahlen Licht in manches Dunkel gebracht und aufklärend gewirkt. So haben wir z. B. durch die Röntgenstrahlen gelernt, dass in vielen Fällen von geheilten Hüftgelenksluxationen, welche nach den üblichen Methoden behandelt und eingerenkt waren, von einer eigentlichen Einrenkung gar keine Rede war, sondern dass der Gelenkkopf sich an anderer Stelle befand und hier durch die Behandlung fixirt war; dass also in Folge des guten funktionellen Resultates eine ideale Heilung vorgetäuscht war.

Wenn also das Röntgenbild von großem nicht zu unterschätzendem Werthe bei der Beurtheilung der kongenitalen Hüftgelenksluxation ist, so ist dasselbe jedoch, so wie es bisher hergestellt wurde, nur als ein Nothbehelf anzusehen. Bei einem gewöhnlichen Röntgenbilde handelt es sich um ein Schattenbild, und es lässt sich naturgemäß an einem solchen nur erkennen, in welcher Lage die einzelnen Knochen in der frontalen Ebene zu einander stehen. Über die Lage derselben in der sagittalen Ebene, d. h. darüber, ob die einzelnen Knochen vor oder hinter einander liegen, ferner, in welcher Richtung, ob nach vorn oder hinten, einzelne Knochen verlaufen, darüber vermag ein Schattenbild keinen Aufschluss zu geben. Es ist desshalb bei der Betrachtung eines Röntgenbildes, sobald komplicirtere Verhältnisse vorliegen, der Phantasie ein weiter Spielraum gelassen, und eine sichere Entscheidung über viele Punkte ist einfach unmöglich. Vor Allem die so wichtige Frage, wo bei einer Luxation der Kopf am Becken steht, ob vor oder hinter der Gelenkpfanne, ferner in welchem Maße der Schenkelhals abgebogen ist, lässt sich nach einem einfachen Schattenbilde nicht beantworten.

Wir haben desshalb hier in der letzten Zeit von einer Reihe von Fällen kongenitaler Hüftgelenksluxation stereoskopische Röntgenbilder angefertigt und haben gefunden, dass sich auf diese Weise mit leichter Mühe Bilder herstellen lassen, welche eine vorzügliche Übersicht über alle Verhältnisse gewähren und eine genaue Beurtheilung des Standes des Schenkelkopfes ermöglichen.

Die Bilder sind nach einer von mir ausprobirten Methode angefertigt worden, deren genaue Beschreibung im nächsten Hefte der »Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« erscheinen wird. Dieselbe wird dort auch durch beigefügte Reproduktionen illustrirt werden. Da nun die Methode gerade auf dem Gebiete der kongenitalen Luxation von großem Vortheile zu sein scheint, so möchte ich dieselbe auch hier kurz beschreiben, um derselben in den Kreisen, welche sich gerade für die Hüftgelenksluxation besonders interessiren, wenn möglich Eingang zu verschaffen.

Stereoskopische Röntgenbilder sind schon 1899 von Levy-Dorn auf dem Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie demonstrirt worden; an sich sind dieselben also nichts Neues. Trotzdem sind bisher nur wenig praktische Erfolge durch stereoskopische Röntgenbilder erzielt worden, da die Herstellung derselben technischen Schwierigkeiten bisher unterlag, welche nur mit Mühe und nur unvollkommen überwunden werden konnten.

Es war desshalb mein Bestreben, eine Methode ausfindig zu machen, welche diese Schwierigkeiten aus dem Wege räumen konnte, und ich glaube, dies Ziel vollständig erreicht zu haben.

Wenn ich überhaupt ein stereoskopisches Bild herstellen will, so kommt es darauf an, von 2 verschiedenen Punkten aus, welche entsprechend dem Abstande der menschlichen Augen 7 cm von einander entfernt sein müssen, je eine Aufnahme zu machen. Die

gewonnenen Bilder entsprechen denselben Bildern, welche in meine Augen fallen würden, wenn ich den Gegenstand ansehe. Die beiden Bilder sind etwas verschieden, da die Gegenstände sämmtlich in einer anderen Lage zu einander erscheinen, aber gerade durch diese Verschiedenheit der Bilder kommt das körperliche Sehen zu stande. Wenn ich also die beiden gewonnenen Photographien durch Prismen zur Deckung bringe, so sind dieselben Verhältnisse hergestellt, wie beim gewöhnlichen Besehen der natürlichen Gegenstände mit beiden Augen; ich muss desshalb auch im Bilde den Gegenstand »körperlich« sehen.

Genau dasselbe lässt sich nun mit Röntgenstrahlen vornehmen.

Entwerfe ich von 2 verschiedenen 7 cm von einander entfernten Punkten aus mittels der Röntgenröhre je ein Schattenbild auf eine photographische Platte, so entsprechen dieselben genau den Schattenbildern, welche in meine Augen fallen würden, wenn ich den Gegenstand von der Rückseite beleuchtet ansehen würde. Bringe ich danach die beiden Röntgenbilder durch ein Prisma zur Deckung und beleuchte sie von der Rückseite, so muss ich den durchleuchteten Gegenstand unbedingt körperlich sehen.

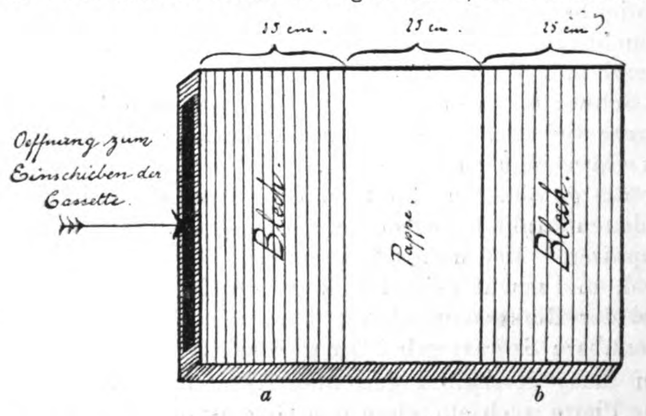
Die Schwierigkeit besteht nun darin, von demselben Gegenstande 2 getrennte Schattenbilder herzustellen, ohne denselben in seiner Lage im Geringsten zu verändern.

Für die gewöhnliche Photographie ist es ein Leichtes, von zwei verschiedenen Punkten aus denselben Gegenstand in gleicher Lage zu photographiren. Man nimmt 2 Kammern, deren Objektive 7 cm entfernt sind, und macht beide Bilder gleichzeitig. Dies geht natürlich nicht bei der Röntgenaufnahme; denn man kann nicht 2 verschiedene, trennbare Schattenbilder gleichzeitig entwerfen.

Man muss desshalb 2 getrennte Aufnahmen machen und muss dabei die Platte wechseln, ohne den Gegenstand irgend wie in seiner Lage zu verändern. Beachtet man letzteres nicht, so decken sich nacher die beiden Bilder nicht, und von einer stereoskopischen Wirkung ist keine Rede. Leblose und feste Gegenstände, welche sich nicht in sich verschieben können, kann man leicht 7 cm von dem ersten Standpunkte entfernt auf eine 2. Platte in gleicher Lage hinlegen und so eine 2. Aufnahme machen. Man erhält so ganz gute stereoskopische Bilder; denn ob ich die Röhre um 7 cm verschiebe oder das Objekt, ist ja im Principe gleichgültig. Bei allen beweglichen und größeren Gegenständen gelingt das aber nicht, und hier muss ich versuchen, das Objekt in möglichster Ruhe liegen zu lassen und unter ihm die Platte zu wechseln. Dann verschiebe ich die Röntgenröhre um 7 cm und mache die 2. Aufnahme. Diese Schwierigkeit nun, unter dem Objekte, event. unter einem ganzen Menschen die Röntgenplatte zu wechseln, ohne die Lage desselben auch nur im Geringsten zu verändern, überwindet leicht die neue Methode, indem sie gleichzeitig noch andere Vortheile bietet. Die Methode ist folgende:

Ich habe einen Rahmen aus Holzleisten herstellen lassen, in welchen eine unserer gewöhnlichen Röntgenkasetten sich einschieben und in demselben leicht verschieben lässt.

Dieser Rahmen ist oben mit 1 mm dicker Pappe gedeckt, derselben Pappe, mit welcher die Kasette auf der Schichttseite geschlossen ist. Diese Pappe liegt nun in der Mitte in einer Ausdehnung von 25 cm frei vor. An beiden Seiten ist dieselbe gedeckt mit 25 cm breitem Zinkbleche. Letzteres hat eine Dicke von ca. 2 mm und hält die Röntgenstrahlen vollständig ab. Schiebe ich nun eine mit einer photographischen Platte 40/50 versehene Kasette tief in den Rahmen ein, so verschwindet die Hälfte der Platte unter dem Zinkbleche *a*, die andere Hälfte liegt frei unter der Pappe in der Mitte. Den zu durchleuchtenden Gegenstand, event. einen ganzen Menschen, lege ich nun auf den Rahmen, und zwar den zu durchleuchtenden Theil auf die Mitte der freiliegenden Pappe, ich fixire denselben mit Sandsäcken so, dass er sich absolut nicht bewegen kann, und mache dann die



erste Aufnahme. Ist diese beendet, so verschiebe ich die Röntgenröhre um 7 cm und ziehe gleichzeitig die Kasette um 25 cm aus dem Futterale heraus; es verschwindet jetzt der belichtete Theil der photographischen Platte unter dem Zinkbleche *b*, und der bisher unbelichtete Theil der Platte tritt unterhalb des Zinkbleches *a* heraus unter die Pappe und damit unter den Gegenstand. Ich mache jetzt die 2. Aufnahme und erhalte mit Sicherheit ein gutes stereoskopisches Bild; denn der Gegenstand ist überhaupt nicht berührt worden und kann sich also in seiner Lage nicht verändert haben; ich habe ferner den großen Vortheil, dass ich beide Bilder absolut parallel zu einander auf derselben Platte habe, also auch eine Verschiebung der Platten nicht mehr möglich ist. Von dieser Platte nun mache ich eine Verkleinerung, ein Diapositiv, indem ich die Platte einfach photographire. Die Verkleinerung muss eine bestimmte Größe haben, wenn sie in unsere gewöhnlichen Stereoskope passen soll. Die Bilderweite muss 7 cm betragen. Ich stelle also den photographischen Apparat so ein, dass die beiden Bilder 7 cm von einander entfernt

sind, was man leicht auf der Mattscheibe mit dem Centimetermaße abmessen kann.

Sieht man nun ein derartiges Diapositiv mit dem Stereoskope an, so sieht man, vorausgesetzt z. B. ein Becken ist aufgenommen, das ganze Skelett des betreffenden Menschen körperlich vor sich. Man sieht den horizontalen Schambeinast so wie den absteigenden Ast nach vorn, bezw. nach rückwärts verlaufen, man sieht direkt den Schenkelkopf in der Pfanne stehen, sieht den Schenkelhals im Raume verlaufen und erkennt auf das Genaueste die Richtung, welche derselbe einschlägt.

Die Bilder sind wunderbar deutlich, und die kleinste Abnormität ist mit Sicherheit zu erkennen.

Es leuchtet ein, welche Vortheile derartige Bilder bei der Beurtheilung der kongenitalen Hüftgelenksluxation bieten müssen. Hat man ein stereoskopisches Bild einer Luxation vor sich, so braucht man seine Phantasie nicht mehr spielen zu lassen; man sieht direkt, um was es sich handelt; man erkennt, ob eine Pfanne vorhanden und wie tief dieselbe ist, man erkennt genau, an welcher Stelle des knöchernen Beckens sich der Schenkelkopf befindet, ob vor oder hinter der Pfanne, man erkennt endlich, in welcher Richtung der Schenkelhals verläuft und in welchem Grade er abgebogen ist. Je nach dem Stande des Kopfes und der mehr oder weniger großen Verbiegung des Schenkelhalses wird man dann sein therapeutisches Vorgehen einrichten können.

Wir haben hier bis jetzt ungefähr 10 Fälle von kongenitaler Luxation nach dieser Methode aufgenommen und haben uns in jedem Falle durch den Augenschein genau von der vorhandenen Abnormität überzeugen und theils auf Grund der Bilder die Reposition sachgemäß vornehmen, theils den Erfolg früherer Repositionen kontrolliren können.

In allen Fällen war deutlich zu konstatiren die oft hochgradige Abbiegung des Schenkelhalses nach vorn, welche zuweilen beinahe einen rechten Winkel betrug.

Ich glaube desshalb auf Grund der hier gemachten Erfahrungen sagen zu können, dass die stereoskopischen Röntgenaufnahmen für die Beurtheilung und damit für die Therapie der kongenitalen Hüftgelenksluxation einen entschiedenen Werth haben, und dies ist, wie schon oben gesagt, der Grund, warum ich an dieser Stelle die neue Methode beschrieben habe.

Kasetten mit Rahmen für stereoskopische Aufnahmen, so wie Arme zum Verschieben der Röntgenröhre fertigt an die Firma Dr. Max Wagner, Hamburg, Steindamm.

---

1) **Podwyssotzki** (Kiew). Myxomyceten resp. Plasmodiophora Brassicae Woron. als Erzeuger der Geschwülste bei Thieren.

(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde Bd. XXVII. Hft. 3.)

Die große Ähnlichkeit der einzelnen Entwicklungsstadien des Plasmodiophora Brassicae (Erreger von Geschwülsten bei manchen Kohlarten) mit Zelleinschlüssen in Krebsen und Sarkomen veranlassten P., kleine Stückchen mit den Sporen des genannten Parasiten ausgefüllten Kohlgewebes Thieren subkutan und intraperitoneal beizubringen.

In einer vorläufigen Mittheilung theilt P. die Ergebnisse mit, die sich in Folgendem kurz zusammenfassen lassen.

Es gelingt, durch Verimpfung solchen Materiales bei Kaninchen und Meerschweinchen experimentell Geschwülste zu erzeugen, die mesodermatischen Ursprunges sind und in ihren progressiven Stadien am meisten einem großzelligen Sarkom oder Endotheliom ähneln. Im Innern der Geschwulstzellen sitzen Sporen von Plasmodiophora Brassicae einzeln oder in großen Mengen; der Kern der mit Sporen gefüllten Zellen erhält sich lange normal, ist stark vergrößert und chromatinreich; mitunter sind Mitosen nachweisbar. Die Geschwulst selbst entsteht durch starke Hypertrophie und Proliferation der fixen Bindegewebszellen. Dieselbe trägt für Kaninchen und Meerschweinchen keinen bösartigen Charakter, sondern verkleinert sich sogar mit der Zeit. **Hübener** (Dresden).

---

2) **K. Würz.** Über die traumatische Entstehung von Geschwülsten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

W. fand unter 714 Geschwülsten, welche in den Jahren 1893—1898 in der v. Bruns'schen Klinik behandelt wurden, insgesammt 19 Fälle (= 2,66%), welche mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit auf ein vorausgegangenes Trauma zurückgeführt werden konnten. Die meisten Arten der gutartigen Geschwülste sind durchweg ohne jeden Zusammenhang mit einem Trauma entstanden. Eine nennenswerthe Rolle spielten mechanische Insulte ausschließlich bei den Osteomen, von denen nicht weniger als 40% auf eine Verletzung schwererer Art zurückgeführt werden konnten. Unter den bösartigen Geschwülsten war der Procentsatz der traumatischen Fälle zwar geringer als in manchen anderen derartigen Zusammenstellungen, betrug aber immerhin doch noch eine ansehnliche Zahl (7,31%, davon 2mal schwereres Trauma). Bei den Carcinomen dagegen fanden sich nur äußerst wenige traumatische Fälle, und auch in diesen handelte es sich stets nur um geringfügige, äußere Verletzungen. — Dass die vom Verf. gefundenen Zahlenwerthe ziemlich hinter denjenigen anderer Statistiken zurückbleiben, wird damit erklärt, dass von ihm nur einmalige Insulte, nicht aber chronische Reizungen etc. berücksichtigt wurden. **Honsell** (Tübingen).

---

3) **Pichler** (Wien). Zur Krebsfrage. (Eine Übersicht der neuesten einschlägigen Arbeiten.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900 No. 4.)

Zusammenstellung und zusammenfassendes Referat der neuesten dieses so brennend gewordene Gebiet berührenden Arbeiten, besonders aus der englischen Litteratur. Kurze Wiedergabe des Inhaltes ist nicht möglich, daher verweist Ref. auf das Original.

Hübener (Dresden).

---

4) **E. A. Wuth.** Über die Alkoholtherapie des Rankenangioms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Bericht über 2 Fälle von ausgedehntem Rankenangiome, bei welchen jeweils auf fortgesetzte Alkoholinjektionen eine wesentliche Besserung erfolgte; eine völlige Heilung konnte nicht erzielt werden, da sich die Pat. vorzeitig der Behandlung entzogen. Nach Verf.s Empfehlung sollen alle 2—3 Tage je 3—4 ccm absoluten, resp., wo dieser nicht ertragen wird, 4—5 ccm 70—80%igen Alkohols injicirt werden. Nur zu Beginn der Behandlung wären schwächere Lösungen zu verwenden.

Ohne die operative Therapie gänzlich zu verwerfen, räth Verf. doch zunächst mit der Alkoholtherapie zu beginnen und erst nach ihrem Fehlschlagen blutig einzugreifen. **Honsell** (Tübingen).

---

5) **L. A. Bidwell.** The surgical treatment of dilatation of the stomach.

(Lancet 1900. April 7.)

Als Hauptgründe der Magenerweiterung giebt Verf. an:

1) Narbenretraktion des Pylorus, gewöhnlich in Folge von Magengeschwür.

2) Bösartige Pyloruserkrankung.

3) Verwachsungen außen vom Pylorus.

4) Gastroptose.

5) Spasmus des Pylorus, herrührend von einem Geschwüre oder von einem Überschusse an freier Salzsäure.

6) Atonie.

7) Verschiedene Neurosen.

8) Rechtsseitige Wanderniere.

Bei Besprechung der diagnostischen Hilfsmittel, die er einzeln würdigt, hebt Verf. hervor, wie leicht die chemische Untersuchung zu irrthümlicher Diagnose führen kann.

Die differentielle Diagnose zwischen gut- und bösartiger Erkrankung müsse unter Berücksichtigung aller Symptome so früh wie möglich gestellt werden; wo die Geschwulst gefühlt wird, da ist es gewöhnlich zu spät.

Verf. beschreibt die verschiedenen Operationsmethoden, bei bösartiger Erkrankung Pylorektomie oder Gastroenterostomie, bei nicht bösartiger Stenose Pyloroplastik, Gastroenterostomie, Loreta's Operation, Pylorektomie oder Trennung der Verwachsungen. Verf. hat 16mal wegen Magendilatation operirt; dabei fand er 11mal bösartige Erkrankung, wovon 5 Todesfälle = 45,4%, und 5mal nichtbösartige mit keinem Todesfalle.

Die Gastroenterostomien führte er nach Halsted'scher Methode mit seitlicher Anastomose aus; in allen, bis auf einen Fall, wurde das Jejunum mit der Hinterfläche des Magens verbunden, um Regurgation von Galle oder Darminhalt in den Magen zu verhüten. Verf. zieht die Statistik besonders heran, um die guten Erfolge der Gastroenterostomie bei nicht bösartiger Erkrankung zu beweisen, eben so wie Doyen bei einer Serie von 21 solchen Fällen keinen Todesfall hatte. Die von v. Mikulicz angegebene Zahl von 11% Todesfällen bei Pyloroplastik hält Verf. für zu hoch. Er tritt sehr dafür ein, in Fällen, wo Gastroenterostomie und Pylorektomie indicirt ist, diese Operationen zeitlich getrennt, im Zwischenraume von 14 Tagen vorzunehmen; während dieser Zeit ist der Pat. per os gut zu ernähren; überhaupt tritt er für möglichst frühe Ernährung durch den Mund ein, 1 Tag nach der Operation; am 12. Tage sollte man nach allmählichem Steigen so weit sein, die gewöhnliche Diät zu geben.

F. Kraemer (Berlin).

---

6) **Cunéo.** De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 119 S. 19 Abbildungen im Texte.

In der fleißigen Arbeit berichtet Verf. zunächst über seine eingehenden Untersuchungen über den Lymphapparat des Magens, bei denen er im Wesentlichen die Befunde des Ref. (vgl. Deutscher Chirurgenkongress 1899) bestätigen konnte. Hinzuzufügen wäre noch, dass C. auch die Lymphkapillaren der Magenwand einem eingehenden mikroskopischen Studium mittels Injektions- und Imprägnationsverfahren unterworfen hat. Dasselbe bietet vorwiegend anatomisches Interesse. Bezüglich der Abflussgebiete des Lymphstromes theilt C. den Magen in 3 Regionen: die größte und wichtigste mit ihrem Sammelgebiete in den Drüsen an der kleinen Curvatur, sodann diejenige am Pylorustheile der großen Curvatur mit den Drüsen unterhalb und hinter dem Pylorus; das dritte Gebiet umfasst den Fundustheil des Magens. Für den Krebs des Magens und speciell des Pylorus kommt vor Allem das erste und nächst ihm das zweite Gebiet in Betracht. Der pathologisch-anatomische Theil der Arbeit stützt sich hauptsäch auf 13 durch Magenresektion gewonnene Präparate. C. konstatirte nun, dass in den Randzonen auch gut begrenzter Geschwülste die Lymphkapillaren sehr oft Geschwulstelemente enthielten, und besonders im submukösen Saugadernetz überschritt nicht selten das Wachsthum der Geschwulst weit die makrosko-

pisch sichtbaren Grenzen der Geschwulst. Ferner enthalten die zur kleinen Curvatur führenden Lymphbahnen meist Geschwulstzellen. In den seltenen Fällen, wo der Krebs auf das Duodenum übertritt, scheint er wiederum die Bahnen des submukösen Lymphkapillarnetzes zum Vordringen zu benutzen. Die Drüsenmetastasen theilt C. in unmittelbare und entfernte ein. Zu ersteren gehören lediglich die Drüsen erster Etappe, also speciell die an Curvatur und Pylorus gelegenen. Für die radikale Operation des Magenkrebses fordert C. mit v. Mikulicz, dass die Resektionslinie nach dem Magen hin weit von der sichtbaren Geschwulstgrenze entfernt liege; vom Duodenum sollen 1—2 cm resecirt werden. Außerdem ist eine möglichst ausgedebnte Mitfortnahme der kleinen Curvatur anzustreben. Dabei sollen die Drüsen möglichst im Zusammenhange mit der Hauptgeschwulst entfernt werden. C. glaubt, dass hierfür die vorherige Unterbindung der A. coronaria sinistra und der A. gastroduodenalis, über deren Technik er sich an der Leiche unterrichtet hat, von Nutzen sein könnten. Die entfernten Metastasen geben eine Gegenanzeige für die Radikaloperation ab.

A. Most (Breslau).

---

7) **R. Lucke.** Zur Technik der Gastrostomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 4.)

L. hat die Kader'sche Methode der Gastrostomie wie folgt, modificirt:

Hautschnitt senkrecht zum Rippenbogen. Stumpfe Durchtrennung des Rectus. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Magen vorgezogen und mittels einer Tabaksbeutelnaht, welche nur Serosa und Muscularis breit fasst, eine kreisförmige Partie des Magens umsäumt (ca. 3 cm im Durchmesser). In der Mitte derselben wird ein Trokar (etwas dünner wie ein Bleistift) eingestoßen. Vorsicht Betreffs der hinteren Magenwand! Zur Verhütung einer Infektion wird vor dem Herausziehen des Trokars durch Assistentenhand oder Klemme der übrige Magen abgeschlossen. Einführen eines Gummirohrs in die Öffnung, das am Ende abgeklemmt ist und den Kanal fest ausfüllt (ev. Sicherung des Schlauches durch 2 Katgutnähte, die weder in die Lichtung des Magens noch des Drainrohres eindringen dürfen). Unter Drängen der Gegend der Magenöffnung in die Tiefe Schluss der Tabaksbeutelnaht. $^1/_2$ cm entfernt von dieser Naht wird eine gleiche, das Parietalperitoneum und die Magenserosa und Muscularis fassende, angelegt und ebenfalls erst geknüpft, wenn sie das Rohr fest umschließt. Nur wenn das Bauchfell zu straff ist, muss man es durch Knopfnähte rings um die Kanalfistel mit dem Magen vernähen. Falls das Bauchfell noch nicht völlig verschlossen ist, geschieht das, dann Schluss der übrigen Wunde.

Ref. kann in der Anwendung des Trokars zur Herstellung der Magenöffnung bei der Gefährlichkeit der Procedur keinen Fortschritt erblicken.

Hübener (Dresden).

---

8) **Kelling.** Beitrag zur Gastrostomie und Jejunostomie.
(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 48.)

K. machte an Hunden Versuche mit der Anlegung Witzel'scher Magen- und Jejunalfisteln, aus denen er die Schlussfolgerung zieht, dass man eine Witzel'sche Fistel besser nach Aufblähung des Magens und Darmes als am entleerten Magen anlegt.

In welcher Weise diese Aufblähung zu geschehen hat, und welche Technik überhaupt sich als die zweckmäßigste für die Anlegung der Fistel am aufgeblähten Magen erweist, wird dann eingehend beschrieben. Am Jejunum wendet K. das gleiche Verfahren an.

Am Menschen hat K. in 3 Fällen, bei denen es sich um einen sehr kontrahirten in der Kuppe des Zwerchfelles zurückgezogenen Magen handelte, sein Verfahren angewandt.

Ein Fall endete tödlich, in den beiden anderen ließen die Fisteln den Drain bequem einführen und schlossen dauernd luftdicht.

Wenn Witzel'sche Kanäle bisweilen gerade werden, so führt Verf. dies besonders auf die Hustenstöße zurück, die Drucksteigerung im Innern des Magens und eine Neigung zur Geradestreckung des Drains bedingen, welch letzterer K. durch besondere Manipulationen an den Drains entgegenwirkt (z. B. Zubinden des ventralen Drainendes und Anbringung eines seitlichen Schlitzes).

In Bezug auf die Nachbehandlung sei betont, dass K. seinen Pat. auch Nachts 2—3mal je 300 ccm Nahrung zuführte.

Für die temporäre Gastrostomie zum Zwecke der Durchführung von Fäden durch eine Ösophagusstriktur empfiehlt K. die Witzel'sche Methode nicht, wohl aber die von Kader.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

9) **Deckart.** Über Thrombose und Embolie der Mesenterialgefäße. Ein Beitrag zur Lehre vom Ileus.
(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

Nach Aufzählung der Resultate, welche der Verschluss von Darmgefäßen beim Thierexperimente ergeben, theilt D. 2 Fälle von Ileus mit, bedingt durch Embolie von Hauptästen der A. mesenterica superior. Beide wurden operirt, endeten tödlich. Der Embolus stammte einmal von einem Thrombus im linken Herzohre, das andere Mal von einem pendelnden Thrombus der Aorta thoracica. Es kam zu ausgedehnter Infarcirung und Gangrän des der Cirkulation beraubten Darmabschnittes, der das eine Mal 2 m lang war.

Es werden sämmtliche in der Litteratur niedergelegte Fälle kurz referirt, auch diejenigen, in den es sich um Thrombose der A. mesenterica inf. oder der Mesenterialvenen handelte. Die Symptomatik und Diagnostik wird auf Grund des gesammten Materiales ausführlich besprochen, vor Allem auch die Differentialdiagnose gegenüber anderen Ileusformen erörtert.

Die Prognose ist sehr schlecht, doch sei erwähnt, dass 6 Fälle spontan heilten; von Operirten kam nur einer, von Elliot, durch, bei dem 120 cm Darm resecirt wurden. **Haeckel** (Stettin).

---

10) **Sklodowski.** Über chronische Verengerung des Dünndarmes.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

Zu Grunde liegen der Arbeit 5 Fälle von chronischer Wegstörung des Dünndarmes aus den verschiedensten Ursachen: Verwachsung und Stenosirung einer bei Herniotomie reponirten Darmschlinge; Anlöthung einer Darmschlinge an die Bauchwand, wahrscheinlich nach partieller Nekrose der Darmwand in Folge Littre'schen Bruches; ringförmige Striktur, wohl nach solitärem tuberkulösem Darmgeschwüre; Tuberkulose des Blinddarmes; Verwachsung und Knickung einer Dünndarmschlinge an Stelle einer früheren Darmresektion. — Sämmtliche Fälle wurden operirt und geheilt.

Verf. bespricht ausführlich die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der chronischen Dünndarmverengerung. Besonders sucht er den Mechanismus der dabei auftretenden kolikartigen Anfälle zu erklären; dieselben werden gewöhnlich aufgefasst als Folge eines vorübergehenden vollständigen Verschlusses, also als eine Art Ileus en miniature. S. macht es aber sehr wahrscheinlich, dass nach Analogie des Einklemmungsmechanismus der Hernien auch bei nur relativer Stenose eine Aufhebung der Lichtung sekundär erfolgen kann in Folge einer ungewöhnlichen Drucksteigerung resp. Dehnung des zuführenden Abschnittes.

Die Differentialdiagnose gegenüber der chronischen Dickdarmstenose wird weiterhin möglichst klar herausgearbeitet.

Bezüglich der Therapie steht S., der innerer Mediciner ist, ganz auf chirurgischem Standpunkte, wenn er sagt, dass schon die Diagnose der chronischen Stenose gewissermaßen die Indikation zur Operation in sich schließt. **Haeckel** (Stettin).

---

11) **W. Edmunds** and **E. C. Stabb.** Experiments on intestinal suture.

(Lancet 1900. April 14.)

Verff. stellten 21 Experimente an Hunden an, um die beste Methode der cirkulären Darmnaht zu erproben. Sie arbeiteten mit Halsted's aufgeblasenen Gummituben, Murphy's Knopf und Laplace's Darmklammer.

Mit Hilfe jedes dieser Instrumente wurde je an 7 Hunden die Darmnaht nach vorheriger vollkommener Durchtrennung des Darmes cirkulär angelegt.

Alle 7, die mit Hilfe von Halsted's Cylindern angelegt waren, heilten vollständig glatt; von den 7 Versuchen mit dem Murphyknopfe hatten nur 5 Erfolg, von den 7 mit der Laplace'schen

Klammer nur 4; bei den negativen Fällen war stets die Wiedervereinigung ausgeblieben.

Verf. empfiehlt auf Grund dieser und seiner bei Menschen gesammelten Erfahrung die Halsted'sche Methode. Ihre Anwendungsweise wird beschrieben.

F. Kraemer (Berlin).

---

12) **Freiherr v. Eiselsberg.** Zur Radikaloperation des Volvulus und der Invagination durch die Resektion. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg i/Pr.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

v. E. weist auf die Leichtigkeit des Recidives nach Detorsion der Volvulusschlinge hin.

In der Königsberger chirurgischen Klinik wurden nur in den letzten 3 Jahren 6 Fälle von Volvulus flexurae sigmoideae und 9 Fälle von Invagination operirt.

Erstere zerfallen in

1) 4 Fälle von Volvulus ohne Ernährungsstörung der Darmwandung.

2) 2 Fälle (beide gestorben) von mehr oder weniger ausgedehnter Gangrän.

Die Krankengeschichten werden dann im Einzelnen mitgetheilt.

In allen 6 Fällen handelte es sich um Männer; 4mal war eine hochgradige Annäherung der Fußpunkte der Flexura nachzuweisen; 4mal lehrte die Anamnese, dass schon vor dem zur Operation führenden Ileus ähnliche Anfälle vorhanden waren.

Bei Gangrän hält v. E. die Resektion für das Nächstliegende (selbst bei Peritonitis), ev. Übernähung der brandigen Schnürfurchen; macht die Naht beider Lichtungen nach der Resektion Schwierigkeiten, so kann ev. das proximale Stück als After eingenäht, das distale versenkt werden.

In den 4 Fällen der ersten Gruppe wurde die einfache Detorsion ohne Kolopexie vorgenommen; doch erfolgte in zweien ein Recidiv.

Um ein solches zu verhüten, stehen nach v. E. zur Verfügung 1) die Kolopexie, 2) die Lösung der Verwachsungen, welche zur Annäherung der Fußpunkte der Flexura führen, 3) die Resektion. Die Kolopexie ist in ihrem Erfolge unsicher, zum Theil bei Verdünnung der Darmwand und gangränverdächtigem Darme kontraindicirt; es kann der Darm selbst oder besser das Mesosigma mit fortlaufender Naht an das parietale Bauchfell angenäht werden.

Die Durchschneidung der Narbenmassen des Mesosigmas dürfte auch nicht immer Recidive verhüten.

Gegen die von Seiten der Internen empfohlene Resektion ist der gewichtigste Einwand, dass sie eine zu eingreifende und gefährliche Operation ist; doch wird dieser durch die Erfahrungen der letzten Jahre etwas eingeschränkt. Denn v. E. behandelte 9 Fälle von Invagination mittels Totalresektion. 7mal erfolgte Heilung, 2mal tödlicher Ausgang.

In einem der Fälle, dessen Krankengeschichte v. E. mittheilt, wurde, obwohl die Desinvagination gelang, die Radikaloperation durch Resektion gemacht, um ein Recidiv zu vermeiden, welches in Anbetracht der Anamnese wahrscheinlich gewesen wäre.

»Desinvagination und Resektion des Volvulus sind beide da, wo die Darmwandung gut ernährt ist, ein vortrefflicher Behelf und sicherlich das ungefährlichste und am raschesten zu vollendende Verfahren; ein späteres Recidiv ist jedoch dadurch in keiner Weise verhindert.« **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

13) **F. Véron.** Du traitement chirurgical et en particulière de la cure sanglante des hémorrhoïdes (procédé de Whitehead.)

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899. 130 S.

Nach Besprechung der Litteratur, Pathologie und Therapie der Hämorrhoiden, bei der sich V. hauptsächlich auf französische Autoren, speciell auf Quénu's Arbeiten stützt (die Untersuchungen Reinbach's scheinen ihm entgangen zu sein), tritt Verf. für alle schwereren Fälle von Hämorrhoidalleiden warm für das Excisionsverfahren nach Whitehead ein. Bezüglich der technischen Einzelheiten empfiehlt V. das Vorgehen Lejars, dessen Klinik der größte Theil des mitgetheilten Beobachtungsmateriales entstammt. Nach Dehnung des Spinkter und nach erfolgtem Abpräpariren der erkrankten Schleimhaut wird diese letztere in der vorderen Medianlinie gespalten und nach rechts und links von der darüber befindlichen gesunden Darmschleimhaut schrittweise abgetrennt, und eben so schrittweise der entstandene Wundrand sofort mittels Katgut an die Afterpartie befestigt. Die Nähte liegen in Zwischenräumen von 1 cm; die Fasern des Sphinkter dürfen nicht mitgefasst werden. Von 41 Hämorrhoidenoperationen wurde ein großer Theil in der beschriebenen Art ausgeführt. Die Dauererfolge, die bei 25 Fällen bis ins 5. Jahr verfolgt werden konnten, waren sehr gute. **A. Most** (Breslau).

---

14) **F. Treves.** Ptosis of the liver and the »floating lobe«.

(Lancet 1900 Mai 12.)

Die Ptose der Leber können veranlassen:

1) die Ligamente des Organes; 2) die abdominale Spannung, dargestellt durch die vordere Bauchwand einerseits und den Gastrointestinaltractus andererseits, 3) möglicherweise die intrahepatische Spannung; 4) besonders die Vena cava.

Gewöhnlich handelt es sich um ein »Mouvement de bascule«, um eine Vorwärtsrotation um eine transversale Achse, die durch den hinteren Theil des Organes geht.

Erst nach der Ptose der Leber stellt sich ihre Formveränderung ein, nicht umgekehrt; diese kommt so zu Stande, dass die vordere Fläche sich auf Kosten der oberen, die untere auf die der hinteren vergrößert.

Bei 80 von Glénard gesammelten Fällen von Leberptose war das Organ in 50 Fällen gesund, obgleich einige Male Gelbsucht und Kolik vorangegangen waren: bei den übrigen kombinirt mit Lebererkrankungen, besonders Gallensteinen, Cirrhose und Hypertrophie; nur je ein Fall von Carcinom und Echinokokkencyste.

Bei der Differentialdiagnose kommen besonders in Betracht Ovariencysten, Neubildungen des Gekröses oder Netzes, Echinokokkencysten und sehr gewöhnlich vergrößerte oder Wanderniere. Für die Diagnose empfiehlt Verf. sehr die von Glénard unter dem Titel »le procédé du pouce« beschriebene Untersuchungsmethode.

Der zungenförmige Leberlappen findet sich sehr häufig kombinirt mit vergrößerter Gallenblase und -Stein; nach Cholecystotomien zeigte sich, wie dieser Lappen schnell zurückging und verschwand. Die Beschwerden erklären sich gewöhnlich durch Gallensteine.

Verf. sucht die Indikation für die operative Behandlung, sei es Excision des betreffenden Lappens, sei es Fixation an die Bauchwand, möglichst herabzusetzen. Geeignete Bandagenbehandlung sei das am meisten Empfehlenswerthe. **F. Krämer** (Berlin).

---

15) **G. Barbiani.** La lavatura della vescica urinaria in rapporto all' assorbimento. Ricerche sperimentali.

(Dal Bulletino delle scienze med. di Bologna 1899. Ser. VII. Vol. X.)
Bologna, **Gamberini e Parmeggiani,** 1899. 76 S.

B. hat die viel umstrittene Frage des Absorptionsvermögens der Harnblase von Neuem einem eingehenden experimentellen Studium unterworfen. In enger Anlehnung an die klinischen Bedürfnisse nahm er Blasenausspülungen an Kaninchen und Hunden vor, indem er die bei Blasenerkrankungen üblichen Spülflüssigkeiten immer nur in geringen Mengen mittels Spritze und Katheter vorsichtig injicirte und wieder ablaufen ließ. So wurde jedes Mal eine Stunde lang gespült und dabei im Ganzen ein halbes bezw. ein ganzes Liter Spülflüssigkeit verwandt. Dann reinigte B. die Blase sorgfältig mit sterilem Wasser; der später gelassene Urin wurde Zwecks mikroskopischer und chemischer Prüfung aufgefangen. Die Blasenspülungen wurden meist mehrere Male wiederholt. Schließlich tödtete B. das Versuchsthier, um die Blasenwand und die Nieren untersuchen zu können. Der Gang dieser Experimente wurde noch verschiedentlich modificirt. B. kam nun zu folgenden Resultaten: Bei der ersten Ausspülung wurde keines der benutzten chemischen Agentien (ausgenommen Jodkalium) resorbirt. Die Absorption nahm jedoch an Intensität und Schnelligkeit mit der Zahl der Spülungen zu. Veränderungen des Blasenepithels konnte B. dabei nie wahrnehmen (ausgenommen nach Spülungen mit ätzenden Giften [Sublimat, Karbol], oder mit koncentrirten Lösungen). Die unversehrte Blase besitzt sonach kein Absorptionsvermögen; dieses tritt jedoch schnell und leicht ein, und zwar wahrscheinlich in Folge einer funktionellen

Schädigung (Hyperämie?) der Blasenwand, hervorgerufen durch die mechanische, nicht die chemische Einwirkung der Spülflüssigkeit. Auch die einfache Urinverhaltung genügt, um diese funktionelle Störung zu bewirken. (Die Versuchsanordnung des Verf. mag dem Physiologen vielleicht nicht einwandsfrei erscheinen, für klinische Zwecke dürfte sie jedoch ausreichen. Um so interessanter ist es, dass B. im Wesentlichen zu denselben Resultaten gelangt ist, wie Gerota — dessen Arbeit B. nicht zu kennen scheint — mit seinem vollkommen einwandsfreien Vorgehen [cf. Archiv f. Physiologie 1897]. Gerota fand, dass nur Körper mit kleinen Molekülen, und zwar sehr langsam durch die intakte Blasenwand diffundiren; von einem Absorptionsvermögen der Blase könne man nicht reden.) **A. Most** (Breslau).

---

16) **C. M. Moullin.** The causes and treatment of moveable Kidney.

(Lancet 1900. Mai 5.)

Verf. führt aus, wie zu häufig die Wanderniere nicht ernst genommen wird, während sie oft ein recht gefährliches Leiden darstelle; sie ist weit häufiger, als allgemein angenommen werde; man behauptet, 20% aller erwachsenen Frauen habe sie mehr oder weniger. Den relativ seltenen Sektionsbefund erklärt er daraus, dass in horizontaler Lage die Niere in die normale Stelle zurückschlüpfe, worin sie theils durch ihr eigenes Gewicht und den Druck der Darmgase, theils durch Todtenstarre und die durch sie in ihrer Dichtigkeit veränderte Fettschicht zurückgehalten werde.

Die Nieren sind keine fixirten Organe; sie sind beweglich, und wenn alle anatomischen Beziehungen ungestört sind, besitzen sie die Fähigkeit der Auf- und Niederbewegung, die auf 3—5 cm zu schätzen ist. Das Ausbleiben des Wiederhochsteigens der Niere bei ruhiger Exspiration in aufrechter Stellung des Pat. und nachdem vorher die Niere so tief wie möglich durch ausgiebige Inspiration gebracht sei, sei das wichtigste Kriterium zur Diagnose der Wanderniere.

Der sog. Anterversion der Niere weist Verf. besonders wegen ihrer im Allgemeinen schwereren Symptome einen besonderen Platz unter den Wandernieren an.

Bei der Besprechung der mechanischen Gründe, die zur Wanderniere führen, sucht er den Grund der größeren Häufigkeit von rechtsseitiger Wanderniere (20mal so oft) gegen linksseitige durch einen leichten Grad von Torsion der Lendenwirbelsäule zu erklären; im Allgemeinen bei rechtshändigen Leuten ist der Dorsaltheil der Wirbelsäule leicht konvex nach rechts hin, dem im Lumbaltheile die kompensatorische Konvexität nach links hin entspricht.

Verf. bespricht die prophylaktischen Mittel zur Verhütung der Wanderniere und seine Gründe, in allen nicht ganz leichten Fällen die Nephrorrhaphie auszuführen. **F. Krämer** (Berlin).

---

17) **L. Burkhardt.** Die klinische und pathologisch-anatomische Stellung der malignen Nebennierenadenome der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 91.)

B. theilt 4 einschlägige von Schönborn in Würzburg nephrektomirte Fälle mit, von denen die beiden ersten, Männer von 46 und 40 Jahren, genasen, aber schon nach 6 Monaten Recidive hatten, während der dritte und vierte Pat., ein 50jähriger Mann und ein 57jähriges Weib, an Urämie durch Nephritis der konservirten Niere und Peritonitis in Folge von Colonverletzung zu Grunde gingen. In allen 4 Fällen ist die exstirpirte Niere genau histologisch untersucht, worüber Bericht erstattet wird, um die gestellte Diagnose zu beweisen.

Der kasuistischen Mittheilung folgt eine allgemeine Betrachtung mit Benutzung der zugehörigen Litteratur, von welcher ein beigefügtes Verzeichnis 42 Schriften aufführt. Betreffs des klinischen Verhaltens der Tumoren sei angeführt, dass dieselben sich im Gegensatze zu anderen malignen Nierentumoren durch lange Symptomlosigkeit, von selbst 20—30 Jahren, meist 4—5 Jahren, auszeichnen. In diesem benignen Stadium ist eine zunächst rein adenomatöse Wucherung der abgesprengten Nebennierenkeime anzunehmen. Den Eintritt maligner Veränderungen pflegt Hämaturie zu signalisiren; es folgen nach 5—6 Monaten Metastasen besonders in den Lungen, auch in den Knochen, und nach ca. 2—3 Jahren nach Beginn der Hämaturien der Tod. Eine zuverlässige Behandlung kann nur durch Nierenexstirpation geleistet werden; sie ist dem Verf. in 21 Fällen bekannt geworden, bislang aber nur selten von Dauererfolg, d. h. Recidivfreiheit gefolgt gewesen.

Das anatomische Charakteristicum der Tumoren ist ihr der Nebennierenstruktur analoger histologischer Bau, bezüglich dessen Details auf das Original zu verweisen ist. Gewöhnlich sind die Tumorknoten in der erkrankten Niere gut gegen das Nachbargewebe abgekapselt, wobei die Kapsel stets vom interstitiellen Gewebe der Niere selbst gebildet wird. Zu erwähnen ist ferner große Neigung zu Zerfall und regressiven Veränderungen, Metastasirungen auf dem Wege der venösen Bahnen und hochgradige Wucherung der Gefäßendothelien.

Hinsichts der onkologischen Rubricirung der Geschwülste empfiehlt B., sie zu den Carcinomen zu rechnen. Klinisch berechtigt hierzu ihre ausgesprochene Malignität. Anatomisch-entwicklungsgeschichtlich aber ist darauf hinzuweisen, dass die Nebenniere ektodermalen Ursprunges ist. Wenn sie auch als »Blutgefäßdrüse« keinen Ausführungsgang besitzt, ist sie doch eben so wie die Schilddrüse zweifellos drüsenartig gebaut, und es besteht eben so wenig ein Grund, ihren bösartigen Geschwülsten den Namen Carcinom vorzuenthalten, wie denjenigen der Schilddrüse. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mittheilungen.

18) Stori. Contributo allo studio dei tumori dell' ombelico.
(Sperimentale 1900. No. 1.)

2 seltene Nabelgeschwülste.

I. Adenopapillom bei 20jährigem Manne. Seit der Geburt bestand eine kirschkerngroße, rothe, nässende Geschwulst. Nachdem ein Theil abgebunden war, fing der Rest an zu wachsen. Ein Theil steht über die Haut vor, ein Zapfen setzt sich 5 cm lang unter dem Bauchfelle fort. Mikroskopisch Zotten, deren Oberfläche mit Cylinderepithel besetzt ist; in der Tiefe isolirte, blinde, zum Theil cystisch erweiterte Drüsenschläuche. Im Bindegewebe viel glatte Muskelfasern, aus denen der erwähnte Zapfen fast ausschließlich besteht. Ursprung aus einem Enteroteratom resp. Resten des Dotterganges wird angenommen.

II. Adenocarcinom bei 68jährigem Manne, seit einem Jahre entwickelt, unter verdünnter Haut dicht oberhalb der Nabelnarbe. Deutlicher Übergang von Drüsenschläuchen mit Cylinderepithelbesatz in Zellhaufen inmitten eines derben Bindegewebes. Verf. nimmt an, dass nicht eine Entwicklung aus Dottergangsresten, sondern einer selbständig entstandenen Epithelversprengung, analog der an den Orificien des Körpers, anzunehmen sei. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

19) Döbbelin. Ein Fall von spontaner Ruptur der Bauchwand und Darmvorfall. (Aus der chirurg. Universitätsklinik der kgl. Charité in Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. König.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 48.)

Bei einer 49 Jahre alten, früher herniotomirten Frau trat eine spontane Ruptur der Bauchwand an der Stelle der alten Narbe bei der gewöhnlichen Hausarbeit plötzlich ein.

Dafür, dass ein entzündlicher Process in der Narbe der Ruptur vorausging, der zur Ulceration und Perforation, also zur Eröffnung der Bauchhöhle von außen nach innen führte, sprach im vorliegenden Falle nichts. Wahrscheinlicher war, dass durch den Andrang der Eingeweide die Narbe zum Schwund und endlich zum Platzen gebracht worden ist, um so mehr, als ein Bruchsack fehlte.

Die Reposition des vorgefallenen Darmes gelang 5 Stunden nach dem Ereignis nach geringer Vergrößerung der Öffnung. Es erfolgte Heilung.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

20) Fürbringer. Zur Kenntnis der traumatischen Perityphlitis.
(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 9.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht der über Perityphlitis traumatica bereits vorhandenen Litteratur unter kurzer kritischer Beleuchtung der einzelnen Fälle. Da diese Erkrankung unter die seltenen Krankheiten zu rechnen ist, macht Verf. einige Bemerkungen über den vermuthlichen Mechanismus bei deren Entstehung. Im Weiteren bringt er die Krankengeschichten einiger, theilweise selbst beobachteter und begutachteter Fälle genannter Art.

Fall I. Ein 50jähriger Kaufmann erkrankt im unmittelbaren Anschlusse an das Heben einer 70 Pfund schweren Kiste an Perityphlitis und stirbt schließlich an Peritonitis diffusa. Verf. erkennt den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Heben der Kiste und dem Entstehen der Perityphlitis an.

Fall II. Ein Schulknabe erkrankt nach einer Züchtigung seitens seines Lehrers an einer zum Tode führenden Perityphlitis und Peritonitis diffusa. Die Sektion ergiebt eine eitrige Perforationsperitonitis. Der Obergutachter, Med.-Rath Lindner, so wie Verf. sahen zwischen der Züchtigung und der Erkrankung in

so fern einen ursächlichen Zusammenhang, als durch die Abwehrbewegungen des mit dem Leibe auf eine Bank gelegten Knaben erhebliche Druckschwankungen in der Bauchhöhle auftreten mussten.

Fall III. Ein Kolonist war mit großer Wahrscheinlichkeit (Sektion war nicht gemacht) an einer Peritonitis mit Darmverschluss oder paralytischem Ileus im Anschlusse an eine rückfällige Perityphlitis gestorben. Verf. erkennt als Obergutachter die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Heben und Aufladen von Dünger seitens des Verstorbenen und der eventuellen rückfälligen Perityphlitis an.

In einem IV. Falle, bei dem erst 4 Wochen nach einem Stoße eines Brettes gegen den Rumpf eine Wurmfortsatzperforation mit anschließender tödlicher Peritonitis diffusa aufgetreten war, vermochte Verf. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und dem eventuellen Unfalle nicht zu bestätigen.

Auf Grund der von ihm beobachteten Fälle und unter Würdigung der einschlägigen Litteratur kommt Verf. im Weiteren zu folgendem Schlusse: »Mannigfache Unfälle von der Überanstrengung bis zur brutalen Gewalteinwirkung können Perityphlitis herbeiführen, bezw. die Rolle wesentlich mitwirkender Ursachen derselben spielen. Das geschieht entweder dadurch, dass das Trauma bei bereits latent bestehender Appendicitis zur Perforation führt, oder dadurch, dass der Koth bezw. Fremdkörper beherbergende Appendix auf dem Wege der Gewebsläsion oder selbst der gesunde und leere Wurmfortsatz durch letztere im Vereine mit der Bakterieneinwanderung in Entzündung und Nekrose versetzt wird, die ihrerseits später zur Perityphlitis führt.« **Motz** (Hannover).

21) **O. Bernhard.** Ein Fall von Hernia obturatoria incarcerata (Darmwandhernie). — Darmgangrän, Darmresektion, Murphyknopf.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 159.)

B.'s im Spitale zu Samaden beobachteter Fall betrifft einen 67jährigen Mann, welcher erst am 7. Tage nach der Einklemmung zur Operation gelangte. Er hatte auf der kranken (rechten) Seite starke von der Schenkelbeuge ins Knie ausstrahlende Schmerzen gehabt, und Druck auf die unter dem Poupart'schen Bande befindliche taubeneigroße, von gerötheter Haut bedeckte Bruchgeschwulst bewirkte ebenfalls blitzartig nach dem Knie gehenden Schmerz, so dass die Diagnose leicht fiel. B. macht einen Querschnitt, der seiner Meinung nach das Operationsfeld besser freilegt, und an den Spaltung der Fascia lata und Durchtrennung von den Bruchsack deckenden Pectineusfasern angeschlossen werden. Schon hierbei fließt kothartige Flüssigkeit aus einer Perforation des Bruchsackes, welcher ein schwarzblaues, pflaumengroßes, mehrfach durchlöchertes Darmstück enthält. Der medial neben dem Darme unter dem horizontalen Schambeinaste eingeführte Zeigefinger fühlt den Einschnürungsring, der dann nach innen und unten eingekerbt wird. Danach kann der Darm hervorgezogen werden, von dem eine »ganze Schlinge« in Ausdehnung von 5—6 cm blauschwarz und morsch ist. Resektion im Gesunden, Vereinigung mit einem Murphyknopfe kleineren Kalibers, trotzdem verhältnismäßig leichte Reposition, woran Radikaloperation mittels Bruchsackresektion und Bruchpfortenvernähung angeschlossen wird. Operationsdauer ca. $1^1/_2$ Stunden. Tod nach 5 Tagen trotz ungestörten Wundverlaufes an Schwäche.

Der Fall ist, da die ohnehin rare Hernia obturatoria bekanntlich bei Männern besonders selten ist und wegen des erstmaligen Gebrauches des Murphyknopfes bei Gangrän eines solchen Bruches bemerkenswerth. (Dass es sich, wie es in der Arbeitsüberschrift lautet, um einen Darm**wand**bruch handelte, widerlegt sich aus B.'s eigenem Krankheitsberichte, nach dem nicht allein das aus der vorderen Bruchöffnung vorgefallene Darmwandstück brandig, sondern die ganze im Canalis obturatorius steckende Schlinge morsch war. Der Kanal bei dieser Hernie ist aus anatomischen Gründen stets so lang — 2,5—3 cm nach Waldeyer —, dass überhaupt das Vorkommen reiner obturatorischer Darmwandbrüche unglaubwürdig erscheint. Ref.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

22) E. S. Perman. Radikaloperationer för icke inklämda bråck, utförda å Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn under åren 1891—1898.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 1.)

Eine tabellarische Zusammenstellung von 61 Fällen freier Brüche an Kindern zwischen 13 Monaten und 11 Jahren (58 Knaben und 3 Mädchen). 40 der kleinen Pat. hatten rechtsseitige, 12 linksseitige und 5 doppelseitige Inguinalhernien. Von den letzteren wurden 3 nur an der einen Seite und 2 beiderseits operirt. 2 Fälle waren Nabelhernien. Die Größe der Brüche variirte zwischen der einer Mannesfaust und der einer Haselnuss.

Das größte Interesse der Arbeit bietet die Konstatirung, dass das Rückfallsprocent bis zu $5^1/_2$% heruntergebracht worden ist, während, laut den letzten Statistiken über Rückfälle bei Erwachsenen, diese Zahl noch 8 bis 10% beträgt.

In fast allen Fällen von Inguinalhernien wurde die Bassini'sche Methode, als Nahtmaterial in der überwiegenden Mehrzahl Seide angewandt. Die Heilung erfolgte — trotzdem die Pat. kleinere Kinder waren — fast immer per primam.

Hansson (Cimbrishamn).

23) Schwarz. Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie des penetrirenden Magengeschwüres.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Nachdem S. die 10 bisher in der Litteratur niedergelegten Fälle aufgezählt hat, in denen wegen Verlöthung eines Magengeschwüres mit der Bauchwand oder einem der benachbarten Organe unter Bildung einer größeren perigastritischen Geschwulst operirt worden war, bringt er 3 eigene derartige Fälle.

1) Magen mit Unterfläche des linken Leberlappens verwachsen; das Geschwür in die Leber eingedrungen. Resektion der schwartigen Magenpartie, Naht. Gazestreifen auf das Lebergeschwür. Heilung. Befreiung von allen Beschwerden.

2) Bei gleichem Befunde und gleicher Operation schwinden die Beschwerden nicht, desshalb Gastroenterostomie; dabei wird an der Hinterwand des Magens ein zweites, wohl mit dem Pankreas verwachsenes Geschwür konstatirt. Auch diese zweite Operation bringt keine Beseitigung der Beschwerden; dagegen führt eine streng durchgeführte Diät-Liegekur nach Leube zu leidlicher Besserung.

3) Wegen Sanduhrmagens war vor 3 Jahren Gastroanastomose nach Wölfler gemacht worden. 3 Wochen später, da die Beschwerden nicht geschwunden, Lösung von flächenhaften Verwachsungen zwischen Magen und Zwerchfell. Auch danach stellen sich wieder allmählich wachsende Beschwerden ein, es bildet sich eine Geschwulst, die aus mächtigen Schwarten um den hinten und an der vorderen Bauchwand fixirten Pylorus besteht. Gastroenterostomie hebt alle Beschwerden. Die Geschwulst verkleinerte sich merklich.

S. erörtert im Anschlusse daran die klinischen Erscheinungen und die Diagnostik derartiger penetrirender Magengeschwüre. Als das Wesentliche betrachtet er das Übergreifen, das Eindringen des Magengeschwüres in die Nachbarorgane, Bauchwand, Leber, Pankreas, Milz; die Bildung der Geschwulst aus perigastritischen Schwarten ist nur eine nothwendige Konsequenz jenes Processes.

Haeckel (Stettin).

24) O. Wyss. Über kongenitale Duodenalatresien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

W. schildert 3 Fälle angeborener Duodenalatresie. 2mal saß der Verschluss oberhalb, 1mal unterhalb der Papille; er wurde gebildet in Fall I durch einen 1,2 mm dicken Strang mit haarfeiner Lichtung, in Fall II durch eine bindegewebige Membran, in Fall III durch einen soliden fibrösen Strang. In allen 3 Beobachtungen bestand eine entschiedene Dilatation des über der Atresie gelegenen Duodenaltheiles und des Magens. Als Komplikation fand sich einmal Hydrorrhachis, ein anderes Mal Klumpfüße. — Wie Verf. des Weiteren ausführt, müssen in ätio-

logischer Beziehung alle Fälle von Stenose und Atresie des Dünndarmes als durch Verschluss eines früher durchgängigen Darmrohres resp. einer Darmrinne entstanden gedacht werden. In Fall I und III ließ sich die Atresie auf einen Gefäßmangel (Fehlen der Art. pancreatico-duodenalis inferior) zurückführen, in Fall II auf ein abnormes Wachsthum der Kerkring'schen Falte. Hinsichtlich der Therapie empfiehlt Verf. die frühzeitige Gastroenterostomie. **Honsell** (Tübingen).

25) **M. v. Čačković.** Einige seltene Fälle von Ileus.

(Liečnički viestnik 1900. No. 5. [Kroatisch.])

Verf. berichtet über 3 von Wikerhauser operirte Fälle:

1) Incarceration durch ein Pseudoligament. Ein 59jähriger Werkführer hat vor 8 Jahren durch einige Tage an Koprostase gelitten, hatte dabei durch 2 Stunden starke Schmerzen in der Nabelgegend; mit der Stuhlentleerung ließen die Schmerzen nach. Später keine Beschwerden bis zum 16. Februar d. J., als wieder die Schmerzen in der Nabelgegend mit Stuhlverhaltung auftraten, Abends angeblich auf ein Klysma etwas Stuhl und Winde, den nächsten Tag Erbrechen, Klysma mit gleichem Erfolge. Dies wiederholte sich bis zum 20. Februar Abends, als sich Pat. aufnehmen ließ.

Pat. ist nicht kollabirt, der Bauch etwas aufgetrieben, freie Flüssigkeit, lebhafte Peristaltik, links oberhalb der Symphyse hohe, unbewegliche Schlinge. Diagnose: Obstruktionsileus im Dünndarme ohne bedeutende Schädigung der Cirkulation in den Darmwänden. Pat. verweigert die Operation. Am 22. Februar treten Zeichen einer allgemeinen Peritonitis auf (Verbreiterung der Dämpfung, peristaltische Ruhe, Aufstoßen, Collaps, erhöhte Temperaturen). Am 24. Februar Nachlass der Erscheinungen, die Dämpfung am Unterbauche verkleinert sich, die hohe Schlinge erscheint wieder, lebhafte Peristaltik tritt wieder auf. Laparotomie. In der Bauchhöhle viel hämorrhagische Flüssigkeit. Vom Nabel geht ein Strang von Telegraphendrahtdicke gegen die untere Lendenwirbelsäule. Durchschneidung des Stranges. In der Tiefe ein zweiter eben solcher Strang, welcher über eine Darmschlinge zieht und sie an der freien (dem Mesenterium entgegengesetzten) Seite eindrückt; Ausschneidung. Am Darme eine fibrinös-eitrig belegte, 2 mm breite, 1 mm tiefe Furche, welche übernäht wird. Sofort stellt sich die Cirkulation im Darme ein. Schnürfurchen am Mesenterium, jedoch keine Thrombosen. Verlauf durch Bronchitis komplicirt, Pat. wird geheilt entlassen.

Hervorzuheben ist die lange Dauer des Ileus ohne bedeutende Schädigung der Darmwandung, was dadurch erklärt wird, dass die mesenterialen Gefäße nicht in Mitleidenschaft gezogen waren. Weiter ist es interessant, dass die Erscheinungen der allgemeinen Peritonitis zurückgingen, was beweist, dass es beim Ileus niemals, und auch nicht in verzweifelten Fällen, für den Eingriff zu spät sein muss, obzwar die Prognose desto besser ist, je eher man eingreift.

2) Ileus nach vaginaler Exstirpation des Uterus wegen Carcinom durch Anlöthung zweier Dünndarmschlingen im kleinen Becken. Lösung der Adhäsionen durch Laparotomie. Tod an allgemeiner Peritonitis.

3) Carcinom in der Mitte des Quercolon bei einem 25jährigen Manne. Ileocolostomie. Tod am 4. Tage durch Perforation. Die Geschwulst ist blumenkohlartig, cirkulär, sitzt an einer Leiste, welche von den invaginirten und verwachsenen Darmwänden gebildet wird. (Selbstbericht.)

26) **T. Carwardine.** A case of ruptured liver; successful operation on a pulseless patient.

(Lancet 1900. Mai 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von schwerer traumatischer Leberzerreißung; es wurde an dem schon pulslosen Pat. die Laparotomie gemacht; die Leber nicht genäht, sondern stark tamponirt, dann reichlich intravenös Kochsalz infundirt; es trat vollständige Heilung ein.

Verf. stellt aus der Litteratur 4 Fälle zusammen, wo schwere Leberrupturen mit Erfolg durch Operation geheilt wurden. **F. Krämer** (Berlin).

27) C. K. Maier. Ein Fall von operativer Behandlung angeborener Urininkontinenz.

(Wratsch 1900. No. 8.)

Das 12jährige Mädchen leidet an beständigem Harnträufeln; Harnröhrenöffnung 0,6 cm weit. Operation nach Gersuny: Schnitt von der Clitoris bis zur Harnröhre, Bildung zweier seitlicher Schleimhautlappen, Ablösung der Harnröhre bis zum Blasenhalse (4 cm weit), Drehung um 280°. Nun wurde die Mündung am oberen (Clitoris-) Ende des Schnittes befestigt und die beiden Lappen über der Harnröhre vernäht, wobei letztere mitgefasst wurde. Die Harnröhrenöffnung zog sich später etwas zurück, blieb zuletzt mitten zwischen Clitoris und Scheide. Jetzt kann Pat. den Harn am Tage 4 Stunden lang zurückhalten, Nachts schläft sie ruhig bis zum Morgen, ohne aufstehen zu müssen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

28) F. Wikerhauser. Kasuistische Beiträge zur Blasenchirurgie.

(Liečnički viestnik 1900. No. 5. [Kroatisch.])

1) Ein 20jähriger Feldarbeiter giebt an, seit einem Jahre an Harnbeschwerden zu leiden. Vor 8 Tagen hob er eine schwere Last, worauf sich der Zustand verschlimmerte. Pat. konnte nicht uriniren, musste katheterisirt werden.

Pat. ist septisch, Bauch etwas aufgetrieben, Blasengegend schmerzhaft. In der Blase fühlt man hoch oben ein Konkrement, Urin alkalisch, ichorös. Sofort typische Epicystotomie; oberhalb des Trigonum befindet sich an der hinteren Wand der Blase eine quere Leiste, welche die Blase in 2 Theile theilt; im oberen ein hühnereigroßer Stein, Urat mit Phosphaten belegt, hat kleinere und größere Spicula, ist 28,2 g schwer. Um die Leiste ist die Blase nicht in Form von Divertikeln erweitert. Katheter durch die Bauchwunde und durch die Harnröhre. Normaler Verlauf, Pat. erholt sich schnell und wird nach $7^1/_2$ Wochen geheilt entlassen.

Verf. sieht die Querleiste als Andeutung einer doppelten Blase an, welche jedoch nur angedeutet, nicht ganz entwickelt war. Im oberen Theile, wo der Harn öfters stagnirte, entwickelte sich der Stein, welcher die Beschwerden verursachte; desswegen Katheterismus, welchem eine schwere Sepsis folgte, der Pat. ohne Eingriff wahrscheinlich bald unterlegen wäre.

2) Stein von außergewöhnlicher Größe, eiförmig, Urat mit Oxalaten und Phosphaten, Durchmesser 24 und 18,5 cm, Gewicht 278,5 g. Keine bedeutenderen Beschwerden, da der Stein abgerundet und glatt war. Die Operation (Epicystotomie) wegen der Größe des Konkrementes sehr schwierig, normaler Verlauf.

3) Ein 33jähriger Musiker giebt an, nach einer durchschwärmten Nacht am Morgen beim Aufstehen Schmerzen im Bauche verspürt zu haben, gleichzeitig Ischurie und Koprostase (welche aber schon einen Tag länger bestehen soll). Auf Klysma Stuhl, durch den Katheter wird blutiger Urin entleert. Pat. befolgt erst am 3. Tage (30. Oktober 1899) den Rath seines Arztes und lässt sich ins Krankenhaus aufnehmen.

Pat. etwas collabirt, Bauch leicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft, keine Peristaltik. Im Unterbauche undeutliche Dämpfung, besonders rechts, welche gegen die Seiten noch schwächer gehört wird. Ein dicker Silberkatheter kann ohne Hindernis eingeführt werden, er geht sehr tief ein, wie in eine stark erweiterte Blase, aus demselben strömt mit Gewalt im Strahle ca. $^1/_2$ Liter blutigen Urins. Die Dämpfung ändert sich nicht. Verweilkatheter. Am 31. Oktober früh hat sich durch den Verweilkatheter nichts entleert, daher wird Pat. wieder mit einem Silberkatheter katheterisirt, Erfolg wie am Vortage. Abends größerer Meteorismus. Dämpfung unverändert, Erbrechen, kleiner schwacher Puls, Euphorie. Am Penis, Perineum und Rectum, wie vorher, Alles normal.

Bei der hierauf vorgenommenen Laparotomie fand man stark injicirte, geblähte Dünndarmschlingen, um die Blase Coagula und im Becken blutige Flüssigkeit, in der Tiefe an der Blase eine ca. 5—6 cm lange Ruptur mit zerrissenen, gespannten Rändern, welche mit seromuskulären Nähten vereinigt wird. Drainage der Bauchhöhle mit steriler Gaze. Verweilkatheter. Hypodermoklyse. Der Collaps wächst, Tod am nächsten Morgen.

Bei der Sektion wurde der Dünndarm in der Nähe der Blase injicirt, jedoch glänzend und nicht verklebt gefunden, das übrige Peritoneum normal. Die Blase groß, an der rückwärtigen Fläche, hinter dem Trigonum, beginnt eine 6 cm lange, zerrissene Wunde, welche gerade nach oben verläuft, vereinigt durch Nähte, die die Mucosa nicht fassen, welche in der Mitte auf 5 mm aus einander weicht. Bei Herausnahme der Blase reisst dieselbe an der linken Seite ein, ohne dass größere Gewalt angewendet worden wäre. Alle Organe verfettet. Die Blase ist dick mit Fett belegt, unter dem Mikroskope sieht man in den Muskelzellen Fettkügelchen.

Nachträglich (nach dem Tode) wurde noch in Erfahrung gebracht, dass Pat. viel zu trinken pflegte und sich rühmte, lange den Harn halten zu können. Am 28. Oktober trank er viel Bier und ließ sich aus stehender Stellung langsam herabgleiten, so dass er ohne große Gewalt auf den Hintertheil auffiel. Als ihn seine Freunde aufhoben, klagte er über starke Bauchschmerzen und konnte schwer gehen.

Epikritisch erörtert W. den Fall folgendermaßen: Ein Potator lässt sich langsam auf seinen Hintertheil herabfallen; das genügt, dass die Blase an der rückwärtigen Fläche in bedeutender Ausdehnung einreißt. Nach 2 Tagen kommt er ins Krankenhaus, weiß nichts von einem Trauma. Es werden keine Zeichen einer extraperitonealen Ruptur gefunden, die intraperitoneale wurde nicht ganz richtig erkannt, da der Urin mit großer Gewalt aus dem Katheter strömte, wie wenn sich die Blase stark zusammenzöge; dies war nur so möglich, dass der Urin nach dem Austritte in die Bauchhöhle vom Darme von den Seiten umfangen wurde und unter hohem Drucke stand. Vom Trauma war nichts bekannt, der Allgemeinzustand war nicht schlecht, die Perkussion und Palpation des Bauches ganz unklar. Der Harn strömte aus dem Katheter mit Gewalt im Strahle, dies Alles ließ Verf. am 1. Tage von der zuerst angenommenen Diagnose der intraperitonealen Blasenruptur abkommen. Der Tod erfolgte an Sepsis, welche vielleicht noch am ersten Abend der Krankenhausaufnahme durch einen Eingriff hätte verhindert werden können, obzwar die Verletzung damals schon 2 Tage bestanden hatte, also die Infektion schon stark vorgeschritten war.

Der Fall lehrt, dass Harn aus der Bauchhöhle (wo der Katheter lag) mit großer Gewalt ausströmen kann, und dass durch Zögern mehr als durch aktives Eingreifen geschadet werden kann bei Blasenblutungen, wenn auch die geringste Vermuthung einer Ruptur besteht. **v. Čačković** (Agram).

29) W. J. Lissjanski. Zur Frage vom hohen Blasenschnitt. 50 neue Fälle.

(Wratsch 1900. No. 6 u. 7.)

In 66% handelte es sich um Kinder unter 10 Jahren. 18mal wurde die Blase partiell vernäht und Pat. 5—9 Tage lang in Bauchlage gehalten. Mittlere Behandlungsdauer 21 Tage. 32mal wurde die Blase total, die Bauchwand mit Ausnahme des unteren Wundwinkels ebenfalls ganz vernäht. 3mal hielt die Naht gar nicht, 4mal ließ sie etwas Urin durch. 2 Pat. starben, der eine an Pankreaskrebs, der andere an schon vorher vorhandener Kachexie und Durchfall. — Die Blase wurde oft mittels Naht an die vordere Bauchwand befestigt; vor der Operation Füllung der Blase mit Borsäurelösung. — Zum Schlusse empfiehlt L. die Naht für Fälle mit gesunder Blase; bei schwachen Pat. mit schlechtem Harn ist partielle Naht oder offene Behandlung mit Bauchlage angezeigt. Die Fixation der Blase an die Bauchwand scheint von großem Werthe zu sein, doch ist weitere Beobachtung nöthig. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

30) Krause. Totale Exstirpation der Harnblase.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 12.)

17jähriger Kranker, bei dem vor $3^1/_2$ Monaten die totale Exstirpation der Harnblase ausgeführt wurde. Die Blase ließ sich bei Beckenhochlagerung völlig extraperitonal exstirpiren. Schwierig war die Abtrennung der Harnleiter und der in dieser Gegend eintretenden Gefäße. Samenblase wurde abgetrennt und zurückgelassen, der Blasenhals am oberen Theile der Prostata quer durchtrennt. Die Harnleiter ließen sich nicht in das Becken einnähen wegen zu starker Zerrung. Es wurde desshalb aus einem Einschnitte in die hintere Peritonealfläche die Flexura iliaca hervorgeholt und in ihre vordere Wand durch zweireihige Naht die Harnleiter eingefügt. Tamponade der Wundhöhle. Glasdrain in den Mastdarm. Heilung. Anfangs konnte Pat. 2 Stunden, jetzt 5 Stunden den Urin halten.

Borchard (Posen).

31) König und Pels-Leusden. Die Tuberkulose der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 1.)

Die stattliche Serie von 18 wegen Tuberkulose von K. in den Kliniken von Göttingen und Berlin ausgeführten Nephrektomien ist der Gegenstand dieser Arbeit, in welcher K. den klinischen, P.-L. den pathologisch-anatomischen Theil ausgeführt hat.

K. bespricht die klinische Erscheinung, Diagnostik, Prognose so wie die operativen Aussichten der Erkrankung, indem er die Krankengeschichten einflicht und dann die Resultate zusammenstellt. Wir nehmen die letzteren vorweg. Von den 18 Operirten waren 6 (also nur $^1/_3$) männlichen, 12 weiblichen Geschlechtes. Die meisten (8) standen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, der jüngste Pat. war 7, der älteste 60 Jahre alt. An den Folgen der Operation starben 3 Operirte, einer schon am Abende derselben, ein zweiter an Anurie und Koma (die zurückgebliebene atrophische Niere war auch verkäst), der dritte ebenfalls unter diesen Erscheinungen, obwohl die hinterbliebene Niere hier anscheinend gesund war. In allen diesen 3 Fällen war die Wunde stark mit Antisepticis behandelt, die das Gewebe der konservirten Niere geschädigt zu haben scheinen. 3 weitere Fälle überlebten die Operation nur 2—7 Wochen; hier war anderweitige innere (Lungen-, Darm-, Bauchfell-) Tuberkulose die Todesursache.

Die übrigen 12 Fälle haben die Operation glücklich überstanden. Eine Pat. wird, da erst ganz kürzlich (Januar 1900) operirt, nicht weiter berücksichtigt. 3 Kranke sind ganz gesund geworden und genuss- und arbeitsfähig seit jetzt 5, 9 und 11 Jahren. Bei ihnen scheint also eine isolirte einseitige Nierentuberkulose vorgelegen zu haben. Gleich gut an sich ist das Genesungsresultat in 3 weiteren Fällen, in denen aber seit der Operation erst 1, $2^1/_2$ und 3 Jahre verflossen sind. Ein 7. Fall (der im Alter von 60 Jahren operirte) ist ebenfalls seit $2^1/_2$ Jahren heil, zeigt aber etwas getrübten Harn, während in einem 8., einen alten mit Fisteln behafteten Coxitiker betreffenden, die Operation bei vollem Erfolge eine noch leicht eiternde Fadenfistel hinterlassen hat.

Die letzten 3 Fälle können nur als — sehr erheblich — gebessert bezeichnet werden, da wegen anderweitiger Urogenitaltuberkulose ein Radikalerfolg unmöglich war. Immerhin wurde das Leben erhalten, und zwar über Erwarten lange. Eine dieser Pat. starb 2 Jahre post operationem an Lungenphthise, die zweite war trotz Erscheinungen, welche auf Erkrankung der hinterbliebenen Niere deuteten, jahrelang völlig lebens-genussfähig, heirathete sogar, starb aber in ihrem ersten Wochenbette ca. 7 Jahre nach der Nierenentfernung. Die dritte hat auch die Operation schon 8 Jahre hinter sich, war aber nie frei von tuberkulösen Harnbeschwerden, die in den letzten Jahren ziemlich stark geworden sind.

Pathologisch scheidet K. die Nierentuberkulose in 2 Formen: in die der Drüsensubstanz und diejenige des Nierenbeckens. Die erste geht in die zweite über, und erst die zweite pflegt durch Verunreinigung des Urins mit Eiter etc.

die Krankheit klinisch zur Erscheinung zu bringen. Die Pyurie, ab und zu auch Hämaturie mit Harndrang (fälschlich oft nur als Cystitis gedeutet), dazu Schmerzhaftigkeit und palpable Vergrößerung der Niere, ferner der cystoskopische Nachweis von Abfluss getrübten Urins aus dem Ureter der kranken Seite, schließlich die Allgemeinerscheinungen einer schweren Zehrkrankheit vermitteln die Diagnose. Die Sicherung der letzteren durch Bacillenbefund gelingt leider nicht häufig, und eben so sind die Mittel, die Gesundheit der anderen Niere nachzuweisen, sämmtlich unzulänglich oder, wie der Ureterenkatheterismus, nicht unbedenklich. Der Nachtheil hiervon ist aber gering, da eine nicht zu schwere Erkrankung der zweiten Niere eine Nephrektomie nicht kontraindicirt. Noch weniger thut das eine Erkrankung der Blase. Therapeutisch verwirft K. die Resektion und bloße Nephrotomie, da diese fast nie zur Besiegung der Krankheit hinreichen. Die folglich allein zu empfehlende Ektomie macht K. mittels seines »Rechteckschnittes«, der am äußeren Sacrolumbalisrande vertikal heruntergeht, um in Nabelhöhe quer nach vorn umzubiegen. Die Heilungsresultate werden stets nur in einer Gruppe von Fällen, derjenigen der solitären Nierentuberkulose, vollkommen sein. Bei der 2. Gruppe, Nierentuberkulose plus Tuberkulose der anderen Niere, der Blase, der Hoden etc., bleibt das Resultat weniger gut, aber jedenfalls doch noch so befriedigend, dass die Berechtigung der Operation auch in diesen Fällen außer Frage ist.

Bezüglich des anatomischen Berichtes verweisen wir über Details auf das Original, reproduciren aber die Schlusssätze:

1) In allen Fällen von Nierentuberkulose, in welchen die Diagnose mit solcher Sicherheit gestellt werden konnte, dass eine Exstirpation der Niere gerechtfertigt erschien, war das Nierenbecken, in den allermeisten auch der Ureter tuberkulös erkrankt.

2) Die Ausbreitung der Erkrankung im Nierenparenchym und Becken ist in der Regel eine so diffuse, dass eine partielle Resektion der Niere nicht die Sicherheit bietet, alles Krankhafte entfernt zu haben.

3) Das Vorkommen einer spontanen Ausheilung einer Nierentuberkulose ist nicht vollkommen auszuschließen.

4) Die Weiterverbreitung des tuberkulösen Processes in der Niere geschieht sehr häufig in Gestalt von radiär angeordneten Tuberkelstreifen auf dem Wege der Harnkanälchen, ähnlich der akuten Pyelonephritis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **Riva-Rocci.** Per la patogenesi del rene mobile.
(Gazz. med. di Torino 1900. No. 9 u. 10.)

1) Mittheilung eines Falles von Wanderniere, bei dem — wie in den von Wehrmann kürzlich beschriebenen Fällen — Drehung der Niere um die quere Achse mit Anteversion des oberen Poles beobachtet werden konnte; die respiratorische Verschiebung der Leber drückt dann die Niere herab. — Solche Fälle mit mäßiger Verschiebung zeigen häufiger sog. Incarcerationserscheinungen, als die völlig frei fluktuirenden Nieren.

2) Ein sich entwickelnder Senkungsabscess hob zuerst die Niere nach vorn empor und lockerte dadurch ihr Lager. Später lag er unter ihr in der Fossa iliaca, die Niere präsentirte sich als verschiebliche »Wanderniere«.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 23. Juni.** **1900.**

Zur Kontrolle von Dampfsterilisirapparaten.

Von

Dr. Sticher,

Assistent an der Universitätsfrauenklinik zu Breslau.

Eine unter vorstehendem Titel in No. 3, Jahrgang 1900 dieses Blattes erschienene Mittheilung von Prof. Schüller in Berlin, von der ich in Folge eines Zufalles erst jetzt Kenntnis nehme, giebt mir Veranlassung, nochmals kurz auf einen Gegenstand zurückzukommen, den ich in No. 49, Jahrgang 1899 dieses Blattes ausführlich besprochen habe.

Ich beschrieb dort einen von mir konstruirten Kontrollapparat für Dampfsterilisiröfen (er ist inzwischen durch die Firma Lauten-

schläger in den Handel gebracht worden) und präcisirte die Anforderungen, welche man an einen brauchbaren Apparat dieser Art stellen muss.

Bei der Anführung der bisher zu gleichem Zweck ersonnenen Kontrollmechanismen hielt ich mich nicht für verpflichtet, außer dem grundlegenden Versuch Quénu's alle die in der Folgezeit geübten Verfahren aufzuzählen, bei welchen die Kontrolle der Sterilisiröfen lediglich in einer mehr oder minder exakten Messung der im Sterilisirofen erreichten Temperatur besteht. Daher auch das Verfahren Schüller's — er verwendet als Kontrollmechanismus kleine Maximalthermometer — keine besondere Erwähnung finden konnte.

Mit allen diesen Verfahren lösen wir ja durchaus nicht die uns in jedem Einzelfalle obliegende Aufgabe, die Zuverlässigkeit unseres Sterilisationsverfahrens zu prüfen[1]. Wollen wir hierüber einen sicheren Ausweis erhalten, so dürfen wir uns nicht damit begnügen, zu erfahren, dass eine bestimmte Temperatur im Inneren unserer Verbandstoffballen erreicht worden ist. Unser Kontrollmechanismus muss uns auch erkennen lassen, dass diese Temperatur eine bestimmte Zeit lang auf das zu desinficirende Objekt eingewirkt hat. Dann erst dürfen wir mit Sicherheit eine Abtötung der durch die Sterilisation zu treffenden Keime annehmen.

Bei meinem Apparate wird diese Zeitbestimmung dadurch erzielt, dass die momentan einwirkende hohe Temperatur an und für sich nicht im Stande ist, den Kontrollmechanismus auszulösen. Die im Kern des Apparates befindliche chemische Substanz repräsentirt eine gewisse Masse, die erst nach und nach eingeschmolzen wird; ehe die Temperatur zum Kern vordringt, hat sie außerdem eine denselben allseitig umgebende Luftschicht zu erwärmen. Die Überwindung dieser beiden Hindernisse kostet die von der Peripherie zum Centrum des Apparates vordringende Temperatur gerade die zur Abtödtung der in Frage kommenden Keime erforderliche Zeit.

Es ist dieses nicht die einzig mögliche, wenn auch vielleicht die einfachste bisher angegebene Methode der exakten Zeitbestimmung bei derartigen Apparaten; in komplicirterer Weise versuchte sie Mathias durch eine besonders konstruirte Uhr.

Am exaktesten wäre die uns gestellte Aufgabe wohl mit Hilfe der Elektricität zu lösen. Ein Thermoelement, in den Kern des Verbandstoffballens gebracht, steht durch Drähte in Verbindung mit einem außerhalb des Sterilisirofens befindlichen Galvanometer. Durch Ablesen oder Selbstregistrirung[2] ermitteln wir die an der Stelle des Thermoelementes erreichten Temperaturen und die Zeitdauer, während welcher sie inne gehalten wurden, eine Methode, die, zur praktischen Verwendung wegen der Kostspieligkeit des

---

[1] v. Mikulicz, Verhandlungen, Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 26.

[2] Vgl. hierzu »Über ein Universalregistririnstrument, über ein neues Universalgalvanometer etc.« von D. A. Raps, Elektrotechnische Zeitschrift 1897. p. 196.



Apparates ungeeignet, doch zu methodischen Untersuchungen (z. B. mit Variirung der Dichte unserer Packung) und zur Aichung der kleinen, handlichen Kontrollapparate sehr wohl verwerthbar wäre[3].

Jedenfalls dürfen wir bei der Kritik der bisher vorliegenden und bei der Konstruktion neuer Kontrollapparate für unsere Sterilisiröfen nicht außer Acht lassen, dass die Möglichkeit, auch die Einwirkungsdauer der hohen Temperatur genau kontrolliren zu können, von principieller Bedeutung ist. Wir wollen ja nicht sowohl unseren Sterilisirofen auf die erreichbaren und erreichten Temperaturen hin, als vielmehr unser Sterilisationsverfahren bezüglich seiner Wirksamkeit den Bakterien gegenüber in jedem einzelnen Falle einer Kontrolle unterziehen.

---

1) **v. Bruns.** Die neuesten Kriegserfahrungen über die Gewehrschusswunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

v. B. findet durch die Erfahrungen in dem gegenwärtigen südafrikanischen Kriege seine Ansicht von dem humanen Charakter der kleinkalibrigen Vollmantelgeschosse endgültig bestätigt. Denn nach den Berichten der englischen Chirurgen, wie auch nach denen seines Assistenten Küttner haben sich die Verletzungen der Gliedmaßen als verhältnismäßig harmlose, nur sehr selten Amputationen benöthigende Verwundungen gezeigt, und Brust- und Bauchschüsse einen auffallend günstigen Verlauf dargeboten, nur wenige die Indikation zu operativen Eingriffen abgegeben. In einem Briefe Küttner's aus Jacobsdal werden verschiedene Beispiele von überraschend günstiger Heilung selbst schwerster Verlezungen bei rein konservativer Behandlung mitgetheilt. Anders war freilich der Verlauf, wie Küttner später berichtet, in den Fällen, die erst nach Tagen in die ärztliche Behandlung kamen; die Wunden waren fast sämmtlich inficirt und erforderten meist Operationen.

Kramer (Glogau).

---

2) **O. Lanz** (Bern). Asepsis contra Antisepsis?

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

L., der für die kombinirte Anwendung der Asepsis und Antisepsis eintritt, bespricht, unter Hinweis auf frühere Untersuchungen über die Sterilität aseptisch und antiseptisch behandelter Wunden, die Maßnahmen, um die noch jetzt gelegentlich sich einer primären Wundheilung entgegenstellenden Fehlerquellen auf ein Minimum herabzudrücken. Was zunächst die Hand des Chirurgen anlangt, so kommt es vor Allem darauf an, von derselben alles infektiöse Material fern zu halten, wozu auch L. bei septischen Operationen,

[3] Mit Versuchen zur Nutzbarmachung dieser für unsere Zwecke noch nicht verwandten Methode bin ich zur Zeit beschäftigt.

Verbänden etc. Gummihandschuhe oder bei Operationen an der Leiche mit Öl oder Seifenschaum imprägnirte Trikothandschuhe benutzt, und die verunreinigte Hand möglichst rasch und genau sofort zu säubern und zu desinficiren. Auch L. verwendet, und zwar bereits seit dem Winter 1896—1897, bei aseptischen Operationen sterilisirte Zwirnhandschuhe, wie er dabei gleichfalls eine Haar und Mund bedeckende Maske trägt. Hauptsächlich aber erörtert Verf. die Mittel, um den Implantationsinfektionen oder Fadeneiterungen zu begegnen, und beschreibt genauer die von ihm benutzten »Ligaturkugeln«, d. h. nussförmige, aus Glas oder Porcellan hergestellte und aus 2 in einander greifenden Halbkugeln bestehende Behältnisse, die zur Aufnahme der in ein Bündel zusammengelegten Seide dienen, deren Enden zu den polaren Enden herausgeleitet sind; das Ganze wird in Sublimatlösung gekocht (s. Abbildung im Originale). Auch ein »Seidenbehälter mit Sublimatabschluss« wird von L. empfohlen. Verf. macht die Gefäßligaturen erst am Schluss der Operation, wobei die Seide direkt dem Sublimate, in dem sie gekocht worden ist, entnommen wird; von während der Operation gemachten Unterbindungen fürchtet er, dass sie in der Folge leichter inficirt werden könnten. Katgut wendet er nicht an, obwohl er dessen Sterilisirung für möglich hält. Zum Schluss hebt Verf. als Resultat all dieser auf die möglichste Keimfreiheit der Wunde gerichteten Bemühungen hervor, dass die letzten 100 Operationswunden ohne jede Reaktion, ohne einen einzigen Fadenabscess geheilt sind. **Kramer** (Glogau).

---

3) **F. Schenk** u. **G. Zaufal.** Bakteriologisches zur mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium der deutschen Universitäts-Frauenklinik zu Prag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Verff. weisen zunächst darauf hin, dass das von Schleich geübte Verfahren der bakteriologischen Untersuchung der desinficirten Hände ein ganz unzulängliches sei, und dass sie bei der von ihnen angewandten strengeren Methode in allen Fällen von Desinfektion der Hände mit Schleich'scher Seife allein die Haut keimhaltig gefunden haben; das Resultat war ein günstigeres, wenn noch eine chemische Desinfektion mit heißer Sublimatlösung angeschlossen wurde. Sie halten desshalb eine solche für unerlässlich und berichten sodann genauer über das auf der Sänger'schen Klinik übliche Verfahren der Händedesinfektion, das auch bakteriologisch und praktisch vortreffliche Resultate ergebe. Die Hände werden mit der billigen Sänger'schen Sandseife gründlich mechanisch gereinigt und nach Abspülung der letzteren in heißer Sublimatlösung desinficirt. Auf den Gebrauch der Bürsten wird nicht vollständig verzichtet; doch werden dieselben, durch Auskochen im Dampftopf, durch trockene

Erhitzung und Aufbewahrung in Sublimatlösung sterilisirt, fast nur noch zur Reinigung der Fingerkuppen nach der vorausgegangenen gründlichen Säuberung mit Sandseife, also zu desinfektorischen Zwecken verwendet. Die Ergebnisse der bakteriologischen Versuche werden in Tabellen mitgetheilt. **Kramer** (Glogau).

---

4) **G. Walcher.** Über die Einschränkung des aseptischen Feldes bei Operationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

W. ist der Meinung, dass man »in Verfolgung des Zieles einer möglichsten Aseptik in jüngster Zeit weit über das Ziel hinausgeschossen« habe, indem das aseptische Feld (d. h. alle Gegenstände, die als keimfrei betrachtet werden dürfen) immer weiter vergrößert worden sei. Er weist darauf hin, dass, je mehr Gegenstände bei einer Operation als aseptisch gelten, desto mehr Gefahr vorhanden sei, dass diese eben nicht aseptisch seien, die Furcht der Operirenden vor event. Infektion immer mehr schwinde, das aseptische Gewissen nicht gehörig geschärft werde. Er hält es desshalb für nothwendig, das aseptische Feld bei der Operation so weit einzuschränken, dass es der Operateur noch zu übersehen vermöge, und zeigt an der Hand seiner Erfolge in der geburtshilflichen Thätigkeit und bei Laparotomien, auf welche Weise dies zu machen ist.

Kramer (Glogau).

---

5) **H. Braun** (Leipzig). Über das chirurgische Naht- und Unterbindungsmaterial.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15. u. 16.)

B. geht von der Thatsache aus, dass nicht bloß die primäre Keimfreiheit, sondern auch die physikalische Beschaffenheit eines Fadens seinen Werth als Nahtmaterial bestimmt, dass ein impermeabler Faden weit seltener sekundär inficirt wird, als Seide und Katgut, und ist daher der Meinung, dass die Verwendung eines solchen wesentliche Vortheile besitzt. Nachdem B. desshalb eine Zeit lang den Draht zu Nathzwecken verwendet hatte, bedient er sich jetzt eines mit Kollodium imprägnirten Zwirns (»Fil de Lin P. u. L.« No. 100 (0,35 mm), No. 300 (0,28 mm) und No. 20 (0,5 mm), der vor der Imprägnation zur Entfernung der Wachsappretur ausgekocht, danach getrocknet und für 24 Stunden in Äther gelegt wird; nach Durchtränkung mit Kollodium während einiger Tage und Trocknung erfolgt seine Sterilisation. Der so präparirte Zwirn (s. im Originale die Abbildung eines Wickelapparates) ist glatt, völlig anhydrophil, solid, drieselt sich nicht auf und lässt sich leicht einfädeln und bequem handhaben. Untersuchungen seiner Zug- und Knotenfestigkeit ergaben, dass diese, durch die Imprägnation erheblich gesteigert, durch Auskochen des Zwirns in Sodalösung oder Sterilisirung im

strömenden Dampf, durch Aufbewahrung in Sublimatlösung nicht verändert wird, während sich der käufliche Celluloidzwirn bei großer Zugfestigkeit in seiner Knotenfestigkeit beeinträchtigt zeigt. Stichkanaleiterungen hat B. bei Verwendung des Kollodiumzwirnes nie beobachtet; die Fadenschlingen erwiesen sich nach dem Herausziehen fast ausnahmslos steril. Wegen seiner Undehnbarkeit darf der Zwirnfaden beim Knoten nicht zu fest geschnürt werden. B. verwendet ihn auch für Unterbindungen und versenkte Nähte und kann ihm nachrühmen, dass die Fäden vortrefflich einheilen und keine Störungen der Wundheilung verursachen. In einem Nachtrage wird mitgetheilt, dass Celloidinlösungen leichter als Kollodium in die Zwirnfäden eindringen und ihre Verwendung größere Sicherheit für die Gewinnung eines glatten und homogenen Fadens biete.

Kramer (Glogau).

---

6) C. Lauenstein. Zur Katgutfrage.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Nach L. ist die Katgutfrage im Laufe der letzten 20 Jahre in so fern zu einem gewissen Abschlusse gelangt, als eine ganze Reihe von Zubereitungsmethoden gefunden seien, die die Gewähr eines keimfreien Materials böten. L. hält es jedoch vom wissenschaftlichen und praktischen Standpunkte für durchaus rationell, einem solchen aseptischen Katgut noch antiseptische Eigenschaften hinzuzufügen, und bevorzugt zur Erreichung dieses Zweckes folgende Präparation. Das entfettete und trocken sterilisirte Katgut wird 8 Tage lang in 50%ige Creolinvasogene gelegt, von der es, stark aufquellend, vollkommen durchdrungen wird, dann in 2%igen Salicylglycerin (10%ig) -Spiritus gebracht, wodurch es wieder fest wird, und schließlich in $^1/_2$%igem Formalinspiritus aufbewahrt. Wenn bei Verwendung solchen keimfreien Katguts doch Infektionen eintreten, so können sie nur auf sekundäre Infektion vor der Operation (Hände, Luft) oder im Körper des Operirten (Haut, Schleimhaut) bezogen werden. Es muss daher bei Verwendung des Katgut stets vor Allem die Asepsis aufs allerstrengste gehandhabt werden; dazu verdient es in jedem Einzelfalle Berücksichtigung, wie die Katgutnaht am zweckmäßigsten anzuwenden sei.

Kramer (Glogau).

---

7) F. A. Rein. Über die Mischnarkose von Bromäthyl und Chloroform.

(Chirurgie Bd. V. p. 530. [Russisch.])

R. giebt einen sehr genauen, durch eine Anzahl kleiner Tabellen noch übersichtlicher gestalteten Bericht aus der chirurgischen Klinik des rothen Kreuzes (Prof. Diakonow) über 167 Bromäthyl-Chloroform-Mischnarkosen, wobei er auch über die Einführung dieser Art Narkose in Russland und deren Verbreitung seit dem Jahre 1891—1898 (795) Angaben macht. Es befinden sich in diesem

Krankenmaterial 49 Kinder und 118 Erwachsene. Aus den genauen Aufzeichnungen ergiebt sich, dass zwar mit dem geringeren Alter die Menge der angewandten beiden Narcotica abnimmt, dass jedoch Kinder zur Narkose relativ mehr davon brauchen, als Erwachsene, denn in einer Minute wurde auf 1 kg Körpergewicht verbraucht

bei Männern 0,015 ccm
» Frauen 0,013 »
» Kindern 0,021 ».

Vollständige Narkose trat im Durchschnitt in 7,7 Minuten ein und zwar

bei Kindern nach 5,8 Minuten
» Frauen » 8,4 »
» Männern » 7,8 ».

Dieselbe Angabe, dass bei Frauen diese Narkose später eingetreten ist, findet sich auch in den Arbeiten von Dubrowsnow (bei Männern nach 5,4, bei Frauen nach 6,5 Minuten) und bei Diakonow (bei Männern nach 6,9 und bei Frauen 7,6 Minuten).

Während der Narkose trat 48mal Erbrechen auf, 71mal war die Zunge zurückgefallen, 12mal wurde Asphyxie, 8mal Pulsabfall beobachtet. Ein Todesfall ist nicht vorgekommen. Nach Schätzung schien Erbrechen nach der Narkose etwa eben so oft vorhanden gewesen zu sein, wie bei reiner Chloroformnarkose. Zur Beurtheilung des Unterschiedes zwischen der letzteren Narkose und jener gemischten führt R. die Zahlenangabe Dubrowsnow's an.

	Eintritt der Narkose		Dauer der Narkose		Menge des verbrauchten Chloroforms auf die Minute	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Mischnarkose	5,4 Min.	6,5 Min.	23 Min.	37 Min.	0,99 Min.	0,92 Min.
Reines Chloroform	11,3 »	10,1 »	35,6 »	34,3 »	1,22 »	1,05 »

Es tritt also die Narkose beim Bromäthyl-Chloroform nicht nur früher ein, sondern es wird dabei auch weniger Chloroform verbraucht, als bei reinem Chloroform.

So weit wäre alles sehr schön, bis auf die Sterblichkeit exclusive. Hier verhehlt sich R. nicht, dass die Verhältnisse für diese Mischnarkose nicht günstig liegen. Er giebt auf 2260 solcher Narkosen 7 Todesfälle an, was die erschreckende Zahl von 1 : 323 ausmacht.

R. empfiehlt — wie eine Reihe anderer Autoren — die Bromäthyl-Chloroformnarkose einer genaueren Aufmerksamkeit und Anwendung. Der einzige Grund der Bevorzugung dieser Narkosenart ist aber doch nur die größere Schnelligkeit des Eintrittes der Narkose, und das ist zwar eine Rücksicht auf den Zeitgewinn der Chirurgen, aber im Hinblick auf die hohe Mortalität weniger auf den zu Operirenden.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

8) **A. Frommer** und **K. Panck.** Die Intoxikation bei Gebrauch der Jodoform-Glycerin-Emulsion.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 17.)

Die von den Autoren auf der Trzebicky'schen Abtheilung des Krakauer Lazarusspitales nach Jodoforminjektionen beobachteten Intoxikationen lassen sich in 2 große Gruppen von durchaus verschiedenem Symptomenkomplex bringen: 1) Fälle (ziemlich häufig) von Intoxikationen, welche in sehr kurzer Zeit nach der Injektion auftreten, manchmal schon nach einigen Stunden. In leichteren hierher gehörigen Fällen zeigt sich Temperaturerhöhung 38—39°, Pulsbeschleunigung, Urin koncentrirt, mit reichlichen Uraten und Urobilin, selten Spuren von Eiweiß, Jod in ganz minimalen Mengen enthaltend. In schwereren Fällen höhere Temperatur mit intensiveren fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Harn koncentrirt, dunkelroth, theils von Urobilin, theils von Hämoglobin, bezw. Methämoglobin gefärbt. Der Eiweißgehalt entspricht dem Gehalte an Blutfarbstoff; rothe Blutkörperchen werden nicht gefunden, dagegen hyaline Cylinder und Pigmentschollen. In der zweiten Hauptgruppe stehen die Fälle, wo die Intoxikationserscheinungen mit entsprechender, zuweilen sehr heftiger und andauernder Intensität erst nach 2—4 Tagen einsetzten. In den leichteren Fällen treten die Allgemeinerscheinungen in den Hintergrund. Nach 3—4 Tagen leichte Temperaturerhöhung, und konstant ist zuweilen wochenlang dauernde Albuminurie. Urin hell, von geringem spec. Gewicht, Eiweiß zu 0,005—0,05%, Jod in ziemlich großen Mengen enthaltend. In schweren Fällen, welche letal enden können, Hervortreten der Allgemeinerscheinungen mit Stupor, Koma, Erbrechen etc., deutlichem Jodismus. — Diesen differenten Vergiftungserscheinungen müssen nach Ansicht der Autoren verschiedene Ursachen entsprechen. Sie schließen, dass bei den rasch auftretenden Intoxikationen der ersten Kategorie mit Fieber, Zerfall der rothen Blutkörperchen, Albuminurie die Schädigung durch das Glycerin und seine Derivate hervorgerufen wird. In der zweiten Kategorie kommt das Jod in freier oder gebundener Form als Grund der Intoxikation zur Geltung. Die kombinirte Wirkung dieser Körper entfaltet ein Intoxikationsbild von gemischtem Charakter. Die Jodoformzersetzung fällt der Sterilisation zur Last; bei Gebrauch der nicht sterilisirten Emulsion sind solche Vergiftungen nie zu beobachten gewesen. In Folge dieser klinischen und chemisch durchgeführten Untersuchungen erscheint der Gebrauch einer nicht sterilisirten, in dunklen Flaschen höchstens 1—2 Wochen aufbewahrten Jodoformemulsion am zweckmäßigsten.

Herm. Frank (Berlin).

9) **T. Bryant.** On cysts of the breast, their relative frequency, diagnosis and treatment.

(Lancet 1900. April 28.)

Verf. stellt in seiner Arbeit die Sätze auf, dass einfache Cysten der Brustdrüse viel gewöhnlicher seien, als man bisher annahm; dass

sie bei Frauen gewöhnlich während derselben Lebensperiode sich finden, wie die carcinomatöse Erkrankung der Brustdrüse; dass ferner solche Cysten einer Lokalbehandlung zugänglich seien, nicht die Opferung der Brustdrüse in der sie gelegen sind, verlangten; dass ferner kein Grund vorliege, anzunehmen, dass Frauen, die diese Cysten haben, zu Carcinom mehr geneigt sind, als die, welche sie nicht haben.

Nach Verf.s Beobachtung von 242 Fällen von Neubildungen an den Brustdrüsen giebt er das Verhältnis von cystischer Erkrankung zu carcinomatöser Erkrankung der Mammae der Häufigkeit nach wie 3 : 7 an.

Das Durchschnittsalter der Patt. mit Mammacysten beträgt etwas über 40 Jahre; meist handle es sich um Involutionscysten. Bei Besprechung der Differentialdiagnose mit Carcinom hebt Verf. hervor, dass die eingezogene Mamilla auch bei gutartigen cystischen Neubildungen vorkomme. **F. Kraemer** (Berlin).

---

10) **Poirier.** A propros de l'appendicite. — Diskussion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 449.)

P. hatte in einem Vortrage über die Behandlung der Appendicitis den Satz aufgestellt: Die akute Appendicitis muss bei allen Formen und allen Graden so früh als möglich operirt werden.

Im Anschlusse hieran hatte sich in der Pariser chirurgischen Gesellschaft eine sehr lebhafte Debatte entsponnen, an welcher sich sämmtliche namhaften Mitglieder der Gesellschaft betheiligten. Es würde viel zu weit führen, alle die einzelnen Mittheilungen referiren zu wollen. Es genüge die Wiedergabe der Hauptschlusssätze, in welchen P. selbst das Resultat der langen Diskussion zusammenfasst:

Die chirurgische Gesellschaft erkennt in ihrer großen Mehrheit an:

A. Dass es keine medikamentöse Behandlung der Appendicitis giebt.

B. Dass die akute Appendicitis, wie eine eingeklemmte Hernie, so früh als möglich operirt werden muss, so wie die Diagnose gestellt ist.

C. Einige Mitglieder meinen, wenn der Chirurg zur Zeit der kuchenartigen Geschwulstbildung gerufen werde, noch abwarten zu dürfen (dans l'expectation armée), um erst nach Rückgang der akuten Erscheinungen einige Wochen später unter günstigeren Bedingungen zu operiren.

D. Bei allgemeiner Peritonitis in Folge Appendicitis soll man unter allen Umständen operiren.

E. Es ist gefährlich, eine Appendicitis von gutartigem Anscheine sich entwickeln zu lassen, um sie erst später à froid zu operiren. Die Operation bietet weniger Gefahren, als das sog. bewaffnete Zuwarten.

F. Die Diagnose der Appendicitis ist im Anfange nicht immer leicht.

G. Die Operationsmethode muss nach Art des Falles wechseln. Die Mehrheit bevorzugt den Ileacalschnitt. **Reichel** (Chemnitz).

---

11) **Kukula.** Über ausgedehnte Darmresektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

K. veröffentlicht aus der Maydl'schen Klinik in Prag 5 Fälle von ausgedehnteren Darmresektionen. Bei den 3 ersten Pat. wurden je 90—110 cm resecirt, bei den beiden letzten über 2 m. Den ausführlichen, zum Theil sehr interessanten Krankengeschichten fügt Verf. eine Tabelle der in der Litteratur bisher niedergelegten Fälle von Darmresektionen bei, so weit sie 1 m Länge überschreiten. Er fand im Ganzen 40. Auf Grund seiner Beobachtungen und litterarischen Studien sucht er nun die Fragen zu beantworten, welche sich hier ganz von selbst aufdrängen. Sind so große Operationen am Menschen ausführbar, und zweitens: ist der Erfolg des Eingriffs ein dauerhafter, oder treten nach demselben Störungen auf, welche das Leben durch Inanition gefährden?

Die erste Frage ist jedenfalls positiv zu beantworten, in so fern 14 Kranke von 31 Dünndarmresektionen, welche Verf. zuerst behandelt, den Eingriff überstanden, also die technische Möglichkeit erwiesen.

Bei Thieren betrug die Länge des ohne Nachtheil entfernbaren Dünndarmes nach Monari und Trzebicky $^2/_3$—$^7/_8$ des gesammten Dünndarmes. Von 10 Fällen ausgedehntester Darmverkürzung, bei denen Nachuntersuchungen hinsichtlich der Funktion des Intestinaltraktus angestellt wurden, zeigten nur 3 Fälle motorische Störungen, bestehend in breiigen Darmentleerungen, theilweise in Diarrhöen nach Diätfehlern. Dagegen war das Allgemeinbefinden bei allen diesen Fällen gut, nie eine Gewichtsabnahme zu konstatiren.

Muss eine so umfangreiche Darmresektion nach hohem vorher angelegten Kunstafter ausgeführt werden, so sind die guten Resultate sehr in Frage gestellt durch die große Inanition, welche in solchen Fällen besteht. Darum ist bei der Nothwendigkeit einer solchen Darmverkürzung möglichst gleich in der ersten Sitzung die primäre Darmvereinigung zu erstreben.

Verf. bespricht dann noch eingehend die Stoffwechselverhältnisse nach solchen Eingriffen, den Stickstoff- und Fettverlust, die Kompensationsvorgänge in der Schleimhaut und die Hyperplasie, die verschiedentlich beobachtet wurde, und kommt zu dem Schlusse, dass man jedenfalls ohne Rücksichtnahme auf den Verlust der verdauenden Fläche beim Menschen mehr wie die Hälfte des Dünndarmes bei sonst geeigneten Fällen exstirpiren darf. Unbedingt soll man sich aber bei so ausgedehnten Ausrottungen von Darmpartien überzeugen, wie viel Darm noch zurückbleibt, um eine Garantie für den Dauer-

erfolg übernehmen zu können. Denn bestimmte Längenmaße lassen sich nicht schematisch geben, da die Verhältnisse am Verdauungskanale des Menschen sehr verschieden gestaltet sind.

Ein Punkt lässt sich nach den bisherigen Experimenten und Erfahrungen an Thier und Mensch noch nicht endgültig entscheiden, nämlich welche Partien des Darmes, ob Ileum oder Jejunum, am ehesten vermisst werden können, was natürlich besonders vom Standpunkte physiologischer Erwägungen aus zu bedauern ist, obschon nach den heutigen Kenntnissen anzunehmen ist, dass Jejunum und Ileum gleichwertige Funktion hinsichtlich des Assimilationsvermögens besitzen.

Für die Operation solch großer Dünndarmresektionen giebt K. genaue Vorschriften hinsichtlich der Abmessung des Darmes durch Hervorziehen desselben, Vermeidung von zu freigiebiger Entfernung des Gekröses und der sofortigen oder kurz nach dem ersten Eingriffe erfolgenden Vereinigung der durchtrennten Darmenden. Der Murphyknopf ist ihm für Abkürzung der Operation sehr werthvoll.

Den zweiten kürzeren Theil der lesenswerthen Arbeit füllen Betrachtungen über Dickdarmresektionen aus. Verf. hält sie in jeder Länge für zulässig und führt dafür litterarische Belege an. Erwähnt sei noch, dass nach großen Darmresektionen die Diät besonders genau zu regeln ist. Häufigere Nahrungszufuhr in kleineren Portionen und im Allgemeinen erhöhte Aufnahme von stickstoffreichen Speisen sind sehr zweckmäßig, um das Allgemeinbefinden in gutem Zustande zu erhalten. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

12) **J. Duhamel.** Über die Erweiterung der Flexura sigmoidea coli.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1899.

Im Anschlusse an einen in der Straßburger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangten Fall von Erweiterung der Flexura sigmoidea coli beabsichtigt Verf. mit Hilfe der, besonders aus englischen Quellen stammenden, Litteratur einen Beitrag zur Kenntnis dieser Erkrankung zu liefern.

In Berücksichtigung kommen besonders die Fälle von eigentlicher Erweiterung, darunter auch solche des nicht speciell der Flexura angehörenden Dickdarmes. D. streift die normale Anatomie der Flexur, bei der keine bestimmten Grenzen aufzustellen sind; auch die Angaben über die pathologische Anatomie jener Erkrankung sind kurz und unbestimmt. Wahre Divertikel und einfache Erweiterungen des Darmes sind von einander zu trennen.

Beobachtungsfall: Ein 6jähriges Mädchen war die 5 ersten Tage nach der Geburt ohne Stuhlgang, erbrach gelbliche Massen; sie musste bislang fast beständig Abführmittel und Darmeingießungen gebrauchen. Seit 14 Tagen zwischen Nabel und Symphyse eine Geschwulst bemerkbar. Ein Bruder der Pat. starb 13 Tage nach der Geburt, weil er keinen Stuhlgang hatte.

Status: Im Hypogastrium eine kugelige, schmerzlose Geschwulst, zweimannsfaustgroß, derb und leicht beweglich. In den nächsten 14 Tagen Verkleinerung der Geschwulst, die schließlich mehr einen cystischen Charakter darbot.

Laparotomie: Die Geschwulst erweist sich als eine erweiterte Darmschlinge, dem S romanum angehörig. Weder über noch unter dieser abnormen Darmpartie sind krankhafte Veränderungen am Dick- oder Mastdarm, vor Allem keine Striktur, nachweisbar. 3 Wochen später Pat. angesichts der eingeschlagenen Therapie und Diät gebessert entlassen. 3 Monate später Rückkehr der früheren Beschwerden.

Aus der Litteratur sind 57 Fälle von Dilatation der Flexur beschrieben; unter diesen bestehen 8 von Geburt an; 14 gehören den im späteren Leben meist nach habitueller Obstipation erworbenen an; 5 waren die Folge eines mechanischen Hindernisses; 10 wurden als zufälliger Befund bei Sektionen gefunden, ohne im Leben Symptome gemacht zu haben.

Die Anschauungen der einzelnen Autoren über das Wesen und die Entstehung dieser Erkrankungsfälle gehen weit aus einander. Für die später erworbenen Dilatationen wird wohl eine Stauung des Inhaltes des Colons sekundär die Erweiterung und Verlängerung herbeigeführt haben; hierdurch kommen auch die sog. Dehnungsgeschwüre zu Stande; für die von Geburt an bestehenden wird ein im fötalen Leben zu lang angelegtes Colon die Ursache sein; ein solches führt später zu Schleifenbildungen, diese zu Erweiterungen besonders in den Theilen, wo der Koth sich staut, in der Flexur. Verf. beansprucht letzte Erklärung auch für seinen Fall.

Die Therapie kann nur bei einer frühzeitig gestellten, richtigen Diagnose, was nach allen Mittheilungen gar nicht leicht ist, zweckmäßig eingeleitet werden. In zweifelhaften Fällen sollte die Probelaparotomie ein erlaubtes Mittel sein.

Ist die Erkrankung erkannt, so sind Regelung der Diät, milde Abführmittel — keine Klystiere —, mechanische Behandlung wie Elektrisiren, Massage u. A. an ihrem Platze. Zur dringenden Indikation kann in schwierigen Fällen ein Anus praeternaturalis inguinalis werden; die von englischer Seite empfohlene Punktion des Darmes ist jedenfalls sehr vorsichtig in Erwägung zu ziehen.

Kronacher (München).

Kleinere Mittheilungen.

Zur traumatischen Entstehung von Epithelcysten.

Von

W. Mintz in Moskau.

Die Jahrgänge 1898 und 1899 haben an dieser Stelle mehrere kasuistische Beiträge zur traumatischen Entstehung von Epithelcysten an Hohlhand und Fingern gebracht (Trnka, Roelen, Vulpius, Langensak). Die entgegengesetzte Ansicht vertritt eine Mittheilung Franke's (Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 14), welcher neben anderen Argumenten auch darauf hinweist, dass die Wörz'sche Statistik (Beiträge zur klin. Chirurgie 1894 Bd. XVIII Hft. 25) unter 55 nur 24 Fälle mit vorhergegangenem Trauma aufzuweisen hat. Für einige der letzteren hält



Franke die ätiologische Bedeutung des angeführten Trauma für problematisch (z. B. einen Hammerschlag). Die mithin nicht allzu große Zahl von zweifellos traumatischen Epithelcysten resp. Epidermoiden veranlasst mich, folgende 4 Fälle der Öffentlichkeit in Kürze zu übergeben. 2 derselben verdanke ich der Liebenswürdigkeit von Dr. N. Sokoloff.

1) F. Butin, 33 Jahre alt, Zimmermann, operirt 13. Februar 1900. Bei der Arbeit drangen Pat. vor ca. 2 Jahren 2 derbe Eisenspähne in die linke Daumenkuppe. Pat. entfernte dieselben aus der Wunde. Im Anschlusse an die Verletzung entwickelte sich an der gleichen Stelle eine bohnengroße Geschwulst. Exstirpation unter Schleich'scher Anästhesie. Die Geschwulst lässt sich anstandslos herausschälen, ihr Inhalt hat einen mehligen Charakter. Mikroskopisch repräsentirt sich die Wand von außen nach innen gerechnet in folgender Weise: zarte Bindegewebsschicht, mehrschichtiges, koncentrisch geschichtetes Epithel, welches nach innen zu in koncentrisch geschichtete lamellöse homogene Massen übergeht.

2) N. Antonow, 28 Jahre alt, Buchbinder, operirt 13. Februar 1900. Vor $2^1/_2$ Jahren drang Pat. eine Blechfolie in die rechte Hohlhand. An der Verletzungsstelle, entsprechend der Mitte des Metacarp. II entwickelte sich im Laufe der Zeit eine kaffeebohnengroße Geschwulst. Exstirpation unter Schleich'scher Lokalanästhesie. Die Geschwulst ließ sich anstandslos ausschälen. Makroskopisch bot dieselbe auf dem Durchschnitte einen typischen zwiebelschalenförmigen Bau, mikroskopisch bot sie den gleichen Befund wie Fall 1.

Die mir von Dr. Sokoloff zur Verfügung gestellten Fälle:

3) A. Bugrowa, 18 Jahre alt. Pat. stach sich mit einer Nadel vor 2 Jahren in die Volarfläche der 1. Phalange des 4. Fingers. 3 Wochen später bemerkte sie an der Einstichstelle eine Geschwulst, die zusehends wuchs und Haselnussgröße erreichte. Dieselbe schien mit der Haut verwachsen zu sein. Exstirpation unter Cocainanästhesie 18. Oktober 1896. Die Wand der cystischen Geschwulst ist derb, ca. 2 mm dick. Beim Einschnitte entleert sich aus der Cyste fettiger Brei.

4) W. Gurow, operirt 3. Januar 1897. Vor 5 Monaten wurde Pat. von einem Hunde in die Hand gebissen. Nach einem kurze Zeit andauernden entzündlichen Processe blieb eine Schmerzhaftigkeit an der Verletzungsstelle (Dorsalfläche des rechten mittleren Metacarpalköpfchens) zurück. Diese nahm mit der Entwicklung einer Geschwulst an genannter Stelle zu. Augenblicklich ist über der fluktuirenden Geschwulst eine kleine Narbe sichtbar. Bei der Incision entleert sich Eiter. Am nächsten Tage lässt sich die Wand eines Cystensackes anstandslos ausschälen.

---

13) A. Fujinami. Ein Rhabdomyom mit hyaliner Degeneration (Cylindrom) im willkürlichen Muskel.

(Virchow's Archiv Bd. CLX. p. 203.)

Verf. giebt eine genaue Beschreibung der bis jetzt noch niemals in der Körpermuskulatur beobachteten Geschwulst. Dieselbe stammte vom Unterschenkel eines 50jährigen Mannes und soll sich dort an ein chronisches, angeblich seit 10 Jahren bestehendes Hautgeschwür angeschlossen haben und innerhalb 6 Wochen schnell bis zu Mannsfaustgröße gewachsen sein, wesshalb die Amputatio femoris vorgenommen wurde. Die Geschwulst war fest mit der Muskulatur verwachsen und von allen Seiten von mehr oder weniger atrophischem Muskelgewebe umgeben, so dass eine scharfe Grenze zwischen beiden nicht bestand.

Die wichtigsten Ergebnisse seiner Beobachtungen fasst Verf. in folgenden 3 Sätzen zusammen, es sind:

1) Die Kombination eines sog. Cylindroms und eines Rhabdomyosarkoms in der willkürlichen Körpermuskulatur eines alten Individuums und das gleichzeitige Auftreten endotheliomatöser Anordnung;

2) die hyaline Degeneration (Cylindrombildung) verschiedener Geschwulstelemente, sowohl der Blutgefäßwand als der Bindegewebsfasern und Geschwulst-

zellen, besonders der spindeligen Zellen, vielleicht auch vereinzelter Muskelfaserreste;

3) die metaplastische Entstehung mit Querstreifung versehener Zellen und Fasern, welche morphologisch als junge Muskelfasern zu bezeichnen sind, aus spindelförmigen Sarkomzellen. **Fertig** (Göttingen).

14) C. Maier. Ein primäres myelogenes Plattenepithelcarcinom der Ulna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Verf. stellt zunächst 6 Fälle anscheinend primärer Knochencarcinome aus der Litteratur zusammen und berichtet dann über folgende neue Beobachtung aus der Kroenlein'schen Klinik:

Eine 20jährige Dame erlitt 1896 eine Kontusion (Fissur?) der Ulna, klagt seitdem über Schmerzen an der betreffenden Stelle. 1897 wurde eine Verdickung der Ulna konstatirt; das Skiagramm ergab eine Auftreibung der Diaphyse mit heller, centraler Partie. Klinische Diagnose: Myelogenes Sarkom. Kontinuitätsresektion der Ulna; Implantation eines Elfenbeinstiftes. Dauernde Heilung nach 3 Jahren konstatirt. Das Präparat wies einen im Centrum des Knochens entstandenen, typischen Plattenepithelkrebs mit starker Verhornung auf.

Bezüglich der Genese des Falles neigt Verf. der Annahme zu, dass bei dem Trauma eine Absprengung von Epidermisepithel nach der Tiefe zu stattfand, welches dann durch eine Knochenfissur in die Markhöhle gelangte.

Honsell (Tübingen).

15) O. Zusch. Ein Beitrag zur Lehre von den multiplen Fibromen und ihrer Beziehung zu den Neurofibromen.

(Virchow's Archiv Bd. CLX. p. 407.)

Bei einem 15jährigen Schüler hatten sich in den letzten 5 Jahren, ohne irgend welche bekannte Veranlassung zuerst an den Fingern der rechten Hand, dann auch am rechten Vorder- und Oberarme eine größere Anzahl linsen- bis kirschgroße Knötchen von derber Konsistenz und rundlicher oder längsovaler Form gebildet. Dieselben waren gegen Druck ziemlich empfindlich und verursachten seit einem Jahre auch spontan Schmerzen. Zugleich entstand auch eine Abnahme der rohen Kraft des rechten Armes. Die Geschwülste wurden in 2 Sitzungen exstirpirt, wobei sich herausstellte, dass dieselben zum größten Theil subkutan gelegen waren, zum Theil aber auch intramuskulär; einige zeigten Verwachsungen mit Aponeurosen und Sehnenscheiden. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Zusammensetzung aus Fibromgewebe, die Kapsel bestand aus derbem, faserigem Bindegewebe. An mehreren größeren Geschwülsten des Vorderarmes konnte der Nachweis von markhaltigen Nervenfasern geliefert werden, und zwar lagen dieselben in den an einem oder auch an 2 gegenüberliegenden Polen der Geschwulst vorhandenen stielartigen Fortsätzen. Aus diesem Grunde und mit Rücksicht darauf, dass an der Peripherie einzelner Geschwülste ebenfalls markhaltige Nervenfasern, wenn auch in geringerer Anzahl, gefunden wurden, ist Verf. geneigt, diese Geschwülste als Neurofibrome im Sinne von ursprünglich paraneurotischen Geschwülsten anzusehen, die mit der Zeit sich von ihrem Mutterboden allmählich lostrennten. Was die Entstehungsursache angeht, so zieht Verf., da entzündliche oder traumatische Einflüsse nicht zu eruiren waren, die Möglicheit einer angeborenen Anlage der Fibrome in Erwägung. Erblichkeit lag hier nicht vor. Abnorme Hautpigmentirungen waren nicht vorhanden.

Die gleichzeitig bestehende, auffallende Hypoplasie des rechten Vorderarmes und der Hand ist am wahrscheinlichsten zu erklären durch eine angeborene Bildungshemmung, vielleicht auch durch Atrophie in Folge infantiler Encephalitis. Eine spinale oder peripher-neurotische Erkrankung war nach dem Ergebnisse der elektrischen Untersuchung nicht vorhanden. **Fertig** (Göttingen).

16) **Benda.** Zwei Fälle von metastasirender Aktinomykose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

Im 1. Falle waren von einer Lungenaktinomykose auf metastatischem Wege Nierenabscesse aktinomykotischer Natur entstanden, und zwar war ein aktinomykotischer Herd am Perikard des rechten Herzens in eine Vena coronaria durchgebrochen und so in den Kreislauf gelangt.

Im 2. Falle entstand von einer Aktinomykose des Wurmfortsatzes eine Einschleppung durch die Pfortader in die Leber, andererseits aber auch durch Infektion des Blutkreislaufes Lungen- und Nierenabscesse.

In beiden Fällen entwickelte sich an den Gefäßen an der Einbruchsstelle eine thrombosirende Endangitis. **Borchard** (Posen).

17) **Ehrhardt.** Über einige seltenere Schleimbeutelerkrankungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

E. beschreibt 6 Fälle seltenerer Schleimbeutelerkrankungen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik. 4 davon betreffen die nähere oder fernere Umgebung des mit Schleimbeuteln reich versehenen Schultergelenkes. Neben einem Hämatom der Bursa serrata am unteren Schulterblattwinkel werden 3 Fälle von Bursitis beschrieben, welche den Schleimbeutel unter dem Musc. deltoides betrafen. Bei 2 von diesen konnte die tuberkulöse Natur aus dem Vorhandensein von Reiskörperchen und aus dem mikroskopischen Befunde erhärtet werden, doch auch für den 3. Fall nimmt Verf. eine tuberkulöse Ätiologie an. Übrigens stellt dieser Fall durch eine eitrige Mischinfektion eine sehr seltene Form der Schleimbeutelerkrankungen der Bursa subdeltoidea dar, deren differentielle Diagnose E. bespricht.

Tuberkulöser Natur ist auch die Erkrankung eines weiter beobachteten Schleimbeutels über dem 4. Kreuzbeinwirbel (Bursa sacralis). Diese cystischen Geschwülste kommen vornehmlich bei Erwachsenen vor und sind schwer von Dermoiden jener Gegend zu unterscheiden. Der letzte Fall betrifft ein Hygrom der Kniekehle. Trotzdem die Bursa am M. semimembranosus mit dem Kniegelenke kommunicirte, war sie isolirt erkrankt. Umgekehrt konnte Verf. auch eine sekundäre tuberkulöse Entzündung eines Schleimbeutels bei primärer Kniegelenkstuberkulose beobachten.

Nach Ansicht des Verf. spielt der Tuberkelbacillus in der Ätiologie der Schleimbeutelentzündungen das Hauptmoment, eben so wie er bei der Entzündung der serösen Häute das größte Kontingent der Erkrankungen stellt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) **Apping.** Ein Fall von kryptogenetischer Septikämie, geheilt durch Antistaphylokokkenserum.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

Ein 32jähriger Arzt erkrankte an follikulärer Angina, hatte 4 Wochen hohes Fieber mit Schüttelfrösten, Nephritis, bot das Bild ausgesprochener Sepsis mit starkem Kräfteverfall dar. 4 Injektionen von Antistreptokokkenserum ohne Einfluss. Nach Einspritzung von Antistaphylokokkenserum aber sofortige, eklatante Besserung; nachdem 5 Tage hinter einander je 10 ccm dieses Serums eingespritzt, Heilung. **Haeckel** (Stettin).

19) **Alberts.** Osteoplastik den mongolischen Chirurgen schon vor 500 Jahren bekannt?

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

A. giebt einen Abschnitt aus der Autobiographie des Großmoguls Zehir-Eddin-Muhammed-Baber wieder, nach welchem ein mongolischer Wundarzt (Yakhschi) bei einer Verletzung am Fuße die Wunde stumpf erweitert habe, um eine Drogue, vielleicht ein präparirtes Wurzelstück, nach Entfernung der Knochensplitter in den Defekt einzulegen und einheilen zu lassen. Diese Drogue (daru) soll wie ein Knochenstück erhärtet und auch wirklich festgewachsen sein. Die Erzählung stammt aus dem Jahre 1502. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

20) **H. Reimann.** Ein Fall von Herzbeutel-Zwerchfellverletzung und ein Fall von Zwerchfellverletzung.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Im 1. Falle bestand eine Stichverletzung bei Selbstmordversuch eines 17jährigen Menschen. Heilung durch breitere Eröffnung der Herzbeutelwunde und besondere Eröffnung des Bauchraumes mit Jodoformgazedrainage. Die Diagnose war vorher gestellt für die Perikardialwunde — das Herz zeigte sich nachher unberührt — unter anderen Zeichen durch eigenthümliche, mit klingendem Rasseln zu vergleichende, mit der Herzaktion synchronische und nicht an eine bestimmte Stelle des Herzraumes gebundene Geräusche. Für die Zwerchfellverletzung war besonders charakteristisch: die ganze linke Bauchhälfte druckempfindlich; bei leichter Betastung namentlich der linken Bauchhälfte Eintreten einer excessiven Spannung der Bauchmuskulatur unter gleichzeitigem Fehlen von Zeichen, welche für eine Verletzung der intraabdominalen Organe sprechen (die für sich sonst jene excessive Spannung hervorzurufen pflegt!). — Im 2. Falle — seitliche Kompression des Rumpfes durch Überfahren mit mehrfachen Rippenbrüchen — wurde die Ruptur des Zwerchfelles mit wahrscheinlicher Netzeinklemmung vor der Autopsie bloß angenommen wegen des starken Erbrechens und Aufstoßens bei 2mal normaler Stuhlentleerung. — Im Ganzen sind in der Litteratur (mit obigem Falle) 10 Fälle von Naht des Herzbeutels mit 5 Heilungen, und 6 Fälle von Herznaht mit 3 Heilungen vertreten. **Herm. Frank** (Berlin).

21) **C. Stern** (Düsseldorf). Beitrag zur operativen Freilegung des Herzens nach Rotter wegen Schussverletzung.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

S. hat in einem Falle von Schussverletzung des Herzens 4 Stunden später, als die Beschwerden des 20jährigen Mannes immer größer und der Puls kleiner wurde, das Herz, in dessen Dämpfungsbereiche ein eigenthümlich brausendes, plätscherndes Geräusch, als ob das Organ in einer Flüssigkeit und in Luft arbeite, zu hören war, nach der Rotter'schen Methode (s. d. Bl. No. 11) freigelegt, durch einen Tampon die sich aus der eröffneten Pleurahöhle vordrängende Lunge zurückhalten lassen und sich davon überzeugen können, dass die Vorderfläche des Herzens nicht verletzt war; der Schusskanal am Herzbeutel fand sich an dessen medialer Wand. Das von hinten her vorquellende Blut machte die weitere Untersuchung unmöglich, zumal die Athmung und Herzthätigkeit unregelmäßig wurde. Desshalb Tampon hinter das Herz, Naht der äußeren Wunde. Tod ½ Stunde später.

S. rühmt die leichte und schnelle Ausführbarkeit der Rotter'schen Methode, durch die das Herz und der Herzbeutel an der Vorderseite übersichtlich freigelegt werden konnte, und ist der Meinung, dass sie sich für Stichverletzungen der vorderen Wand sehr gut eigene. Dagegen erscheint es ihm nach vorliegendem Falle, in welchem die Sektion eine Durchbohrung beider Vorhöfe an der seitlichen und hinteren Wand und ein Eindringen des Geschosses in den unteren Lungenlappen ergab, zweifelhaft, ob überhaupt bei den perforirenden Schußverletzungen des Herzens selbst bei ausgiebigster Freilegung Aussicht vorhanden sei, durch operatives Vorgehen die Chancen der Heilung zu vergrößern, da die Herzverletzung dem Auge und der Naht kaum ausreichend zugänglich gemacht werden könne.

Kramer (Glogau).

22) **B. Grohé.** Über Cystofibrosarkome der Mamma mit epidermoidaler Metaplasie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 67.)

G. beschreibt 2 Mammageschwülste, der eine in der Marburger Klinik, der andere im Hanauer Krankenhause exstirpirt, deren Untersuchung im Marburger pathologischen Institute stattfand. In Präparat I, von einer 27jährigen Pat. stammend, zeigt der mannsfaustgroße, gut bindegewebig abgekapselte Tumor auf dem Durch-

schnitte ein buntes Bild kleinerer und größerer Cysten, in deren Lumen vielgestaltige kurze, breitbasig aufsitzende oder langgestielte papilläre Wucherungen hereinragen. Theilweise sind die Cysten mit einer weißen, perlartig glänzenden koncentrisch angeordneten Masse gefüllt (»Perlkugeln«). Die papillären Wucherungen sind zum Theil myxomartig erweicht. Das Präparat II, von einer 48jährigen Pat. stammend, besteht aus Knollen, theils fibrös, theils myxomatös gebaut, und aus bis bohnengroßen, runden, scharf abgegrenzten Cysten, welche ebenfalls mit perlartigem, zum Theil koncentrisch geschichtetem Materiale, theils auch mit Cholestearinkrystalle enthaltender Flüssigkeit, hier und da ferner mit hämorrhagischem Inhalte gefüllt sind. Mikroskopisch ist hervorzuheben, dass in beiden Fällen die eigenthümlichen Perlkugeln aus aufgehäuftem Pflasterepithel bestehen. Die Epithelauskleidung in den Cysten aber ist nicht gleich. Theilweise sind die Räume dem normalen Mammagewebe entsprechend mit Cylinderepithel ausgekleidet. An anderen Stellen tritt ohne scharfe Grenze eine Umwandlung dieser Zellformen in typische Plattenepithelien ein. Einige Cysten tragen wieder nur Pflasterepithel. G. stellt die für die theilweise epidermoide Struktur der fraglichen Tumoren neue Hypothese auf, dass das hier auftretende Plattenepithel durch eine Metaplasie des normalen kubisch-cylindrischen Drüsenepithels zu erklären sei, also durch jenen Vorgang, der an den Epithelien der Trachea und Bronchie, des Uterus etc. bereits bekannt ist. Den Anstoß für diese Metaplasie giebt wahrscheinlich die sarkomatöse Geschwulstwucherung.

Die von G. studirten Tumoren gehören zu den Seltenheiten, und es existiren nur spärliche gute Beschreibungen einschlägiger Fälle, die unter verschiedenen Bezeichnungen veröffentlicht sind. G. referirt über diese Litteratur, wobei besonders die jüngsten Arbeiten von G. B. Schmidt, Kürsteiner, Häckel und Hiebaum berücksichtigt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **E. Albert.** Bilaterales Mammacarcinom.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 2.)

24) **F. Hausy.** Bilaterales Mammacarcinom.

(Ibid. No. 7.)

A. hat im Ganzen 4 Fälle von doppelseitigem Brustkrebs bei Frauen beobachtet. In den beiden ersten, hier ausführlich mitgetheilten Fällen, wo Operation stattfand, zeigte sich das Carcinom der zweiten Brustdrüse erst, nachdem die erste operirt war, in einem Falle $1^1/_2$ Jahr danach, im anderen Falle aber bereits nach $^1/_2$ Jahre, während ein Recidiv bereits an der ersten Drüse in Behandlung genommen war. Bei dem einen der beiden anderen Fälle, wo nicht operirt wurde, war anamnestisch nur zu erheben, dass $1^1/_2$ Jahre nach dem Auftreten der ersten Geschwulst die andere Seite ergriffen wurde; im anderen Falle ist nur das Nebeneinanderbestehen beider Geschwülste ohne Zeitangabe des Entstehens berichtet.

H. hat doppelseitigen Brustkrebs bei einem Manne gefunden, bei welchem die zweite Geschwulst einige Monate nach dem Auftreten der ersten bemerkt wurde. Schuchart hat unter 469 Neubildungen der männlichen Brust 3 Fälle von Erkrankung beider Brüste gefunden.

Bemerkungen über Koordination oder Metastasenbildung der Geschwülste werden von beiden Autoren nicht gemacht. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **F. Mahler.** Über die in der Heidelberger Klinik 1887—1897 behandelten Fälle von Carcinoma mammae.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Verf. stellt 161 Fälle von Mammacarcinom zusammen und bespricht anschließend die gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Symptome und Therapie der Erkrankung.

Für den Einfluss von Menopause, Geburtenzahl, Laktation und Trauma ließ sich kein positiver Anhalt finden, eher schienen interstitielle Mastitiden eine gewisse ätiologische Rolle zu spielen. Die meisten Neubildungen stellten Misch-

formen von Scirrhus und Medullarkrebs dar. In 16,4% der Fälle fehlten Drüsenschwellungen, Axillardrüsen waren 127mal, Supraclaviculardrüsen 18mal, Infraclaviculardrüsen 5mal, Cervicaldrüsen 1mal, die anderseitigen Axillardrüsen 3mal ergriffen.

Bei der Operation wurde seit 1890 meist die oberste Schicht des Pectoralis major mitentfernt, niemals aber principiell der ganze Brustmuskel und die gesammte central von den letzten infiltrirten Drüsen gelegene, also anscheinend noch gesunde Drüsengruppe weggenommen.

Von 133 Operirten blieben 21% über 3 Jahre, 14,1% über 5 Jahre geheilt. An der Operation gestorben sind 2 = 1,15%; 71mal traten Recidive ein; Metastasen in inneren Organen finden sich 30mal verzeichnet.

Honsell (Tübingen).

26) **F. Schnitzler.** Über Hernienruptur durch Selbsttaxis.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

56jährige Frau hat seit 3 Wochen einen rechtsseitigen Schenkelbruch. Am Vormittage Abgang von Stuhl, dann wird der Bruch irreponibel und schmerzhaft; am Abende gelingt es der Pat., den Bruch selbst zurückzubringen, aber die Schmerzen lassen nicht nach. Abends Erbrechen. Am nächsten Morgen Diagnose: Peritonitis, wahrscheinlich durch Perforation; Nachweis eines Exsudates, auch im Bruchsacke. Operation 18 Stunden nach der Taxis, bei welcher am Bruchsacke keine älteren Verwachsungen, sondern nur frische Auflagerungen gefunden werden. Die ganze Peritonealhöhle im Zustande fibrinös-eitriger Entzündung. Ausgangspunkt derselben ein bohnengroßes Loch im mittleren Ileum. Umgebung desselben zeigt keine Spuren, dass der Darm früher schon pathologisch verändert war. Anfrischung des Defektes, Naht. Heilung.

Es handelt sich in diesem Falle um die Zerreißung eines bisher offenbar gesunden Darmstückes bei der Taxis, wobei man nur annehmen kann, dass die Abwesenheit von Bruchwasser, welches sonst nach hydrostatischen Gesetzen den Druck auf die gesammte Darmoberfläche vertheilt, in diesem Falle es bewirkt hat, dass der am centralen Theile der Bruchgeschwulst gepresste Darm an der peripherste Stelle aus einander riss. In einem ähnlichen Falle von Frank ist Heilung ebenfalls durch Operation $4^1/_2$ Stunden nach der Taxis und Ruptur erzielt. Hier wird der Darm aber wohl vorher schon verändert gewesen sein (wiederholte leichte Incarcerationen). Es scheint nach dem obigen Falle, dass vorher gesunder Darm also doch unter Umständen einreißen kann, was nicht allgemein angenommen wird.

Herm. Frank (Berlin).

27) **F. Link.** Bericht über weitere 122 Radikaloperationen der Hernien.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 11.)

Über die 30 früheren Operationen des Verf. nach Bassini ist bereits berichtet worden. Von diesen ferneren 122 Radikaloperationen sind nach der eigentlichen Bassini'schen Methode wiederum 74 ausgeführt, 35 ebenfalls nach dem Typus der Bassini'schen Methode, aber unter Verwendung des vom Autor erdachten Verfahrens — die tiefen Fäden sind so spiralig angelegt, dass sie sekundär, nach per primam-Verschluss des Wundspaltes, wieder ausgezogen werden können (Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 12) — 13 nach der Kocher'schen Methode. Unter den 122 Fällen waren nur 2 angeboren, 1 inkarcerirt. In 80 Fällen Heilung p. prim., in 22 Fällen oberflächliche Stichkanaleiterung, in 20 Fällen tiefere Eiterung. Das Resultat war in allen Fällen nach durchschnittlich 35 Tage langem Krankenhausaufenthalte ein gutes. Über die Dauererfolge will der Autor erst später berichten. Die bisherigen Operationen scheinen ausschließlich Soldaten zu betreffen, sie sind im Garnisonspitale zu Lemberg ausgeführt. Der Autor zieht die Bassini'sche Operation der Kocher'schen, bei welcher 3mal in dem verlagerten Bruchsacke und 2mal in der Aponeurose des Obl. extern. Nekrose eintrat, vor.

Herm. Frank (Berlin).



28) **R. Trzebicky.** Zur Radikaloperation der Leistenbrüche nach Kocher.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 38.)

In den letzten 2 Jahren hat der Autor an 53 Pat. im Alter von 5—70 Jahren 60mal nach Kocher operirt, mit 49 glatten p. pr.-Heilungen, 6mal mit oberflächlicheren, 4mal mit tieferen Eiterungen, im Übrigen aber mit vollem Erfolge und nur ganz wenigen, im Procentverhältnisse nicht feststellbaren Recidiven (allerdings bei noch nicht genügend langer Beobachtungszeit). Der Autor ist äußerst befriedigt von der Methode, welche für ihn das Normalverfahren darstellt; nur unter besonderen Umständen zieht er andere Operationsmethoden (Bassini, Czerny) ihr vor. **Herm. Frank** (Berlin).

29) **H. Schramm.** Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurbrüchen.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 7—9.)

Der Autor theilt 2 Fälle von Nabelschnurbruch aus eigener Beobachtung mit, von denen der eine durch Pflasterverbände ohne Operation zur dauernden Heilung, der andere — eingeklemmt — zunächst mit Radikaloperation auf den Weg der Heilung gebracht wurde, aber dann an Erysipel am 8. Tage starb. Dazu fügt er noch 4 neue Fälle aus privaten Mittheilungen anderer Operateure und eine Tabelle von 47 in der Litteratur besprochenen gleichartigen Fällen, geordnet nach Geschlecht, Alter, Weite der Bruchpforte, Inhalt des Bruches, Behandlungsweise, Ausgang mit besonderen Bemerkungen.

Aus den weiteren Ausführungen über das allgemein pathologisch-anatomische Verhalten, Entstehung und das klinische Bild dieser Brüche führen wir hier nur die praktisch wichtigen Ergebnisse für Prognose und Behandlungsart an. Von 53 Kindern sind 17 = 32% gestorben, häufig wegen komplicirender anderer lebensunfähig machender Missbildungen. Auch sehr große Brüche können zur Heilung gebracht werden, namentlich wenn der Inhalt des Bruches danach beschaffen ist. Von 32 Fällen mit nur Darmeinschluss sind 24 = fast 75% geheilt, von 12 Fällen mit Lebereinschluss 6 = 50%, 2 Fälle mit eingeschlossenem Herzen endeten tödlich mit und ohne Eingreifen. Bezüglich der Behandlung zeigt sich, dass von 9 Fällen, wo kein operativer Eingriff vorgenommen wurde, 5 = 55,5% gestorben sind, von 44 Fällen dagegen, wo irgend eine Operation stattgefunden hat, nur 12 = 27,2% ungünstig verlaufen sind. Von Behandlungsmethoden kommt in Betracht die Radikaloperation mit Eröffnung des Bruchsackes, ev. Erweiterung der Bruchpforte, Exstirpation des Bruchsackes und Verschluss — 36 Fälle mit 26 = über 72% Heilungen, und eigentlich nur 6 Todesfällen, da 4 Kinder an anderen Umständen starben —, ferner das Verfahren von Olshausen mit Modifikationen von Dohrn und Benedikt, Abtrennung des Hautrandes und des aufliegenden Amnion ohne Eröffnung des Bauchfelles, allerdings nur in der ersten Zeit nach der Geburt auszuführen, da später das Amnion eintrocknet — 4 Fälle mit 4 Heilungen —, ev. auch die perkutane Ligatur des durch Klemmen provisorisch abgeschlossenen Bruchsackes nach Breus. Von großer Wichtigkeit ist die Zeit der Operation für die Prognose. Je früher, in den ersten Lebensstunden des Kindes, die Operation vorgenommen wird, desto besser sind die Aussichten für das Leben. Von 19 geheilten Kindern sind 10 in den ersten 12 Stunden operirt.

Herm. Frank (Berlin).

30) **Dinkler.** Idiopathischer Krampf der Cardia.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Das Vorkommen dieser Erkrankung ist selten. Vortr. berichtet über 2 Fälle, bei denen sich das klinische Symptom des absoluten Cardiaverschlusses zeigte. Der eine endete durch Inanition tödlich. Bei der Autopsie fanden sich keine Veränderungen an der Cardia. Der anfallsweise auftretende Verschluss besteht Anfangs nur stundenweise, später tagelang und führt zu hochgradiger Inanition. Unter Umständen kann die Gastrostomie nöthig werden. **Borchard** (Posen).

31) **H. Hartmann.** Gastrorrhaphie et gastropexie combinées.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 443.)

Bei einer 31jährigen, seit 2 Jahren leidenden und äußerst heruntergekommenen Frau mit Magenerweiterung und Gastroptose erzielte H. ein sehr günstiges Resultat durch gleichzeitige Verkleinerung des Magens durch Faltennaht und Fixation am Peritoneum parietale unter der Zwerchfellkuppel im Bereiche der linken Rippen. Die Operirte nahm innerhalb 3 Monaten nach der Operation um 30 Pfund zu.

Reichel (Chemnitz).

32) **E. Herczel.** Beitrag zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstrikturen.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 38.)

Für den Autor liegt darin, dass er u. A. 2 sehr heruntergekommene Individuen mittels lokaler Anästhesie gastroenterostomirt hat mit reaktionsloser Heilung, einen 3. Fall aber mit Narkose, und dass dieser eine Pneumonie erst überstehen musste, der Beweis, dass die größte Schuld für das Auftreten von Pneumonien nach Magenoperationen auf Rechnung der Narkose gesetzt werden muss. Bezüglich der Wahl der Methode zieht er die Hacker'sche vor, warnt nur vor zu kurzer Abmessung der zuführenden Darmschlinge und räth, die letztere an die hintere Magenwand oberhalb der Kommunikation hoch zu nähen.

Herm. Frank (Berlin).

33) **Schwartz.** Tumeur probablement épithéliomateuse du petit cul-de-sac de l'estomac. Accidents de sténose pylorique. Gastro-entérostomie transmésocolique de v. Hacker. Présentation de la malade au bout de six mois.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 520.)

Die zur Zeit der Operation stark abgemagerte, 38jährige Pat. erholte sich nach der Gastroenterostomie rasch und nahm innerhalb 6 Monaten um 50 Pfund zu. Die bei der Operation nachgewiesene große Pylorusgeschwulst, deren Exstirpation nur wegen der großen Schwäche der Kranken unterblieben war, war später nicht mehr fühlbar, also wohl nur entzündlicher Natur gewesen.

Reichel (Chemnitz).

34) **P. Mauclaire.** Ulcère du pylore formant tumeur. Sténose pylorique; gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire et thérapeutique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 481.)

Die Fälle entzündlicher Geschwulstbildung in Folge von Magengeschwüren sind bekannt. M. vermehrt ihre Zahl durch Mittheilung einer interessanten Beobachtung. Die in der Pylorusgegend ungefähr den 4. Theil des Querdurchmessers des Magens einnehmende Geschwulst hatte die Größe einer Faust. Die Serosaoberfläche des Pylorus war normal; Adhäsionen fehlten. Durch Gastroenterostomose erzielte M. bei der 27jährigen Pat. ein rasches Verschwinden aller Beschwerden und eine Gewichtszunahme innerhalb 4 Wochen von 33 auf 42 kg. Die Geschwulst war innerhalb der gleichen Zeit vollständig verschwunden.

Reichel (Chemnitz).

35) **J. L. Faure.** Sur un cas de résection de l'estomac. — Rapport par Tuffier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 488.)

F. entfernte erfolgreich nach der 2. Billroth'schen Methode — Verschluss des Magens, wie des Duodenum für sich und Gastroenterostomie — etwa $^4/_5$ des Magens wegen eines voluminösen, die Vorder- und Rückwand besonders in der

Gegend der kleinen Curvatur einnehmenden, fast bis an die Cardia reichenden Carcinoms. Einige Drüsen in der Umgebung der Neubildung und im Netze wurden mit exstirpirt. Als charakteristische Folge der ausgedehnten Magenresektion hatte Pat. immer schon kurze Zeit, 2 Stunden, nach der Mahlzeit wieder das Gefühl des Leerseins des Magens und musste daher sehr häufig Nahrung zu sich nehmen. Diese Erscheinung trat nur auf nach Genuss fester Speisen, nicht nach flüssiger Kost, die sogleich in den Dünndarm abfloss. Eine ähnliche Beobachtung machte der Berichterstatter Tuffier bei einer von ihm operirten Frau.

Den Verschluss des Magens wie des Duodenum versuchte F. durch Umlegen einer Seidenligatur in eine durch festes Zudrücken einer Klemme erzeugten Quetschfurche. An beiden Stellen riss indess die brüchige Wand ein und musste die typische Naht ausgeführt werden. **Reichel** (Chemnitz).

36) **Erdheim.** Über multiple Dünndarmstenosen tuberkulösen Ursprunges.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 4.)

Mittheilung von 5 einschlägigen Fällen aus der v. Mosetig'schen Abtheilung mit ausführlicher Krankengeschichte und Operationsbefund. 3 Heilungen, 2 Todesfälle, einer im Collaps 24 Stunden p. op., der andere in Folge von den Bauchwandnähten ausgegangener Peritonitis.

In allen 5 Fällen konnten tuberkulöse Processe an den Lungenspitzen nachgewiesen werden, klinisch in den 3 geheilten, in den 2 obducirten erst auf dem Sektionstische.

E. betont, wie die anderen Autoren, die Multiplicität der tuberkulösen Strikturen. Mitunter werden geringfügige leicht übersehen, wenn nicht danach gesucht wird; in einem der mitgetheilten Fälle wurden dieselben erst bei der Sektion entdeckt.

In 3 Fällen wurde eine weite, für 2 Finger durchgängige Kommunikation zwischen dem oberhalb der ersten und unterhalb der letzten Stenose sich befindenden Darmtheile, im 4. Falle, um nicht zu große Strecken auszuschalten, deren zwei angelegt. Im 5. Falle wurde ein ca. 8 cm langes Darmstück resecirt. Ob Enteroanastomose oder Resektion, ist abhängig zu machen vom Zustande des Kranken und der Ausbreitung des Processes (Verwachsungen, allgemeine Infiltration der Mesenterialdrüsen etc.). **Hübener** (Dresden).

37) **A. J. Jakubowski.** Darmresektion mit Anwendung des Murphyknopfes bei einem eingeklemmten Schenkelbruche, operirt nach Schleich.

(Chirurgia Bd. V. p. 475. [Russisch.])

Ausführliche Besprechung des Für und Wider des Murphyknopfes, der in Russland noch keine ausgedehnte Verwendung gefunden hat. Der mitgetheilte Fall betraf eine sehr heruntergekommene, 70jährige Frau, die mit einem Pulse von 140, lividem Gesichte, dabei Emphysem und Bronchialkatarrh zur Operation kam. Vor derselben erhielt sie 0,015 Morphium. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die dekrepide Person mit ihrem eingeklemmten, brandigen Bruche ihre glückliche Wiederherstellung nur der gleichzeitigen Anwendung von Schleich'scher Lokalanästhesie und Murphyknopf verdankt.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

38) **A. v. Bergmann.** Über einen Fall von totaler Darmausschaltung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 5.)

Zunächst theilt v. B. einen interessanten Fall partieller Darmausschaltung mit. Nach Eröffnung eines großen Abscesses der Blinddarmgegend blieben Darmfisteln zurück, deren Schließung misslang. Da wegen massenhafter Verwachsungen die Resektion der ganzen betreffenden Darmpartie unmöglich, wurde Enteroanastomose gemacht. Pat. erholte sich danach sehr. Nach einem halben Jahre starb er unter

Ileuserscheinungen. Die Sektion ergab, dass 120 cm des ausgeschalteten Dünndarmes um die Mesenterialachse gedreht waren; Perforation dieses Darmes an der Strangulationsstelle. — Es zeigt sich, dass die Anastomose zwischen Dünndarm und der stark nach rechts verlagerten Flexura sigmoidea angelegt worden war. Es waren also 2 m Dünndarm und fast der ganze Dickdarm ausgeschaltet worden. Interessant ist, dass trotz Ausschaltung dieses enormen Darmbezirkes keine Durchfälle aufgetreten waren, der Kranke vielmehr in der Ernährung sichtlich zugenommen hatte.

Der Fall totaler Darmausschaltung ist folgender:

Nach Eröffnung eines großen appendicitischen Abscesses bleiben mehrere Darmfisteln zurück. Da die Kothabsonderung aus ihnen stark ist und das Allgemeinbefinden leidet, wird unterstes Ileumende an das Colon transversum genäht, der zwischenliegende Darmtheil total ausgeschaltet. Beim späteren Versuche, letzteren zu exstirpiren, gelingt das nur für Blinddarm- und Dünndarmende; der Dickdarm ist zu fest verwachsen. Dafür wird seine Schleimhaut in toto exstirpirt. Es bleibt also nur ein Serosa-Muscularisschlauch zurück, der ohne Fistel sich schließt. **Haeckel** (Stettin).

39) **Lindner.** Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis und ihrer Folgezustände.

Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

L. berichtet über 2 Fälle schwerer, chronischer Colitis, bei welchen er wegen Versagens jeder anderen Therapie eine chirurgische Behandlung eingeschlagen hat.

Der 1. Fall betraf einen 23jährigen Mann mit hochgradigem, chronischem Katarrh des Colon, starken Schmerzen besonders bei Stuhlentleerung, hochgradiger Abmagerung. Interne Behandlung erfolglos. Daher Kolostomie am Colon ascendens. Ein dauernder Erfolg wurde aber auch damit nicht erzielt. Auf Verlangen des Pat. musste der künstliche After bald wieder geschlossen werden.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 49jährige Dame, seit Jugend an geringer, seit 6 Jahren an starker Stuhlverstopfung, mit Koliken, Abmagerung, Appetitlosigkeit komplicirt, leidend. Exstirpation des Uterus und der Adnexe, Nephrorrhaphie, Hernienoperation, Lösung von Verwachsungen am Magen blieben eben so erfolglos wie innere Behandlung. Pat. magerte zum Skelette ab. Nach der Untersuchung musste die Gegend der beiden Flexurae coli so wie das Colon ascendens der Hauptsitz des Leidens sein. Es wurde daher von L. das Ileum in das Colon transversum implantirt, letzteres mit der Flexura sigmoidea vereinigt und somit fast der ganze Dickdarm ausgeschaltet. Allmähliches Verschwinden der Beschwerden, vollständige Heilung.

Anschließend betont Verf., dass die weitaus größte Zahl der chronischen Kolitiden durch interne Behandlung, fortgesetzte Spülungen, Diät, Bandage schlaffer Bauchdecken geheilt oder doch gebessert werden könne. Es bleiben aber immer wenige Fälle übrig, die jeder Behandlung trotzen, und für diese dürfte die Ausschaltung des Dickdarmes am Platze sein, die bei unkomplicirten Fällen ev. noch dahin zu modificiren wäre, dass das Ileum direkt in die Flexura sigmoidea eingepflanzt würde (bei L.'s Fall musste wegen Verwachsungen hiervon Abstand genommen und, wie erwähnt, ein Theil des Colon transversum als Schaltstück benutzt werden. Störungen durch den Ausfall des Dickdarmes sind nicht zu befürchten. **Honsell** (Tübingen).

40) **Lewerenz.** Über die chirurgische Behandlung subkutaner Milzrupturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

L. hatte Gelegenheit, einen Fall von subkutaner Milzzerreißung zu beobachten. Ein 27jähriger Arbeiter war von einem leeren Rollwagen überfahren worden. Nach 2 Stunden kam er in die Behandlung des Verf. Zunehmende Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Symptome starken Blutverlustes, Dämpfung in den ab-

hängigen Partien des Bauches, namentlich in der rechten Unterbauchgegend, drängten zur schleunigen Laparotomie. Die Bauchhöhle war mit ca. $1^1/_2$ Liter Blut erfüllt. Nach längerem Suchen fand man mehrere blutende Risse an der Konvexität der Milz, welche exstirpirt wurde. Pat. wurde geheilt und machte nur in Folge der starken Erschöpfung nach baldiger Wiederaufnahme der Arbeit eine kurzdauernde Psychose durch. In den ersten Tagen nach der Operation bestand eine erhebliche Vermehrung der Leukocyten, doch nahmen die rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt rasch wieder zu.

Die übrigen Blutdrüsen, Lymphdrüsen, Schilddrüse, zeigten keine nennenswerthen Veränderungen, eben so wenig wurden Reizungsvorgänge am Knochenmarke bemerkt. Eine Diagnose war in dem obigen Falle nicht zu stellen, da alle für Milzruptur bekannten Zeichen fehlten.

Die Therapie bei subkutanen Rupturen der Milz hängt von der mehr oder weniger starken Blutung ab.

Der Standpunkt ist hier ähnlich nach des Verf. Ansicht, wie wenn man vor einer frisch geplatzten Tubargravidität steht. Die chirurgischen Maßnahmen bestehen in der Naht der Risse, der Tamponade und der Splenektomie, deren einzelne Wahl nach Lage des Falles genauer besprochen sind. Die exspektative Therapie, welche, wie zweifellos erwiesen ist, in einzelnen Fällen zur Heilung geführt hat, bietet im Ganzen keine glänzenden Aussichten für die Heilung. Geschadet hat nach L.'s Ansicht der Eingriff niemals, doch war es in zahlreichen Fällen nicht mehr möglich, den Verletzten durch die Laparotomie von dem Verblutungstode zu retten.

Dem Aufsatze ist eine Kasuistik sämmtlicher subkutaner Milzrupturen, welche bisher publicirt sind, beigefügt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

41) **E. Ullmann.** Über die Perforation der Gallenblase in die Bauchhöhle.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 25 u. 26.)

Die Arbeit bringt statistisches Material, kurze Auszüge aus der Litteratur und Ergebnisse eigener Nachforschungen aus dem Wiener Krankenhause, Sektionsprotokolle. In einem Falle hat der Autor die Diagnose des Gallensteindurchbruches selbst sofort stellen können und durch Operation Heilung herbeigeführt. Mit Courvoisier's Statistik zusammen kommen folgende Zahlen heraus: Bei 495 (? 498 Ref.) Personen kamen 540 Perforationen zur Beobachtung, darunter zwischen den Gallenwegen selbst 10, in die Vena portae 5, in die offene Bauchhöhle 78, in die abgesackte Bauchhöhle 53, retroperitoneal 3, in den Magen 13, ins Duodenum 94, ins Jejunum 2, ins Ileum 1, ins Colon 48, in die Harnwege 7, in die Pleura und Lungen 26, durch die Bauchdecken nach außen 200mal. In der weitaus größeren Mehrzahl der Fälle waren es Gallensteine, dann Geschwülste, welche die Perforation bewirkten, aber auch typhöse Geschwüre sind 2mal bei Kindern vertreten und andere bakteritische Infektionen, Tuberkulose (spärlich), Würmer, Inkarceration der Blase in eine Schenkelhernie etc. — Perforationen in die freie Bauchhöhle kamen 78mal zur Beobachtung, und wurde einmal davon am Lebenden angenommen, sonst 4mal Durchbruch intrahepatischer Gänge, 6mal des Hepaticusstammes (4mal Konkremente), 3mal des Duct. cysticus (2 eigene Beobachtungen), 11mal des Choledochus (darunter 1 Fall von Courvoisier als Cysticusperforation irrthümlich citirt, 3mal Askariden, 5mal Gallensteine als Ursache), 53mal der Gallenblase. Operirt wurde bisher von Küster, Verrall, Hochenegg und 2mal vom Autor selbst, im Ganzen mit 3 Heilungen.

Herm. Frank (Berlin).

42) **A. v. Bergmann.** Zur Chirurgie der Gallenwege.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1899. No. 43 u. 44.)

An der Hand seiner Erfahrungen giebt v. B. in knappen, klaren Zügen einen Überblick über den jetzigen Stand der Gallenblasenchirurgie. Bei der Diagnostik betont er besonders die Unsicherheit der Verwerthung des Riedel'schen zungenförmigen Leberlappens. In 2 Fällen, in denen auch sonst Vieles für Gallensteine

sprach, war dieser Lappen deutlich fühlbar. Die Operation ergab aber beide Male ein völlig unversehrtes Gallensystem; in dem einen lag eine Appendicitis vor, im anderen handelte es sich um Steine im Harnleiter. **Haeckel** (Stettin).

43) Langenbuch. Echinococcus der Gallenblase.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Der Fall betrifft einen 38jährigen Arbeiter. Einzeitige Incision der von Netz überwachsenen Cyste. Heilung. **Borchard** (Posen).

44) Langenbuch. Erweiterung des Ductus choledochus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Bei einer 48jährigen Frau hatte eine so kolossale Erweiterung des durch einen Stein verschlossenen Ductus choledochus stattgefunden, dass derselbe bei der Laparotomie als glattes, birnförmiges Gebilde sich vorwölbte und als vermeintliche Gallenblase eingenäht wurde. Die Pat. starb an Erschöpfung. Die Sektion klärte den Irrthum auf. **Borchard** (Posen).

45) R. H. Lucy. A case of ovarian cyst communicating with thickened gall-bladder containing a solitary calculus.

(Lancet 1900. April 21.)

Verf. beschreibt einen Fall, wo eine bilokulare Eierstockscyste, die bis fast zur Leber hinaufreichte, in ihrem größeren, vorderen Theile mit einer vergrößerten und einen Stein enthaltenden Gallenblase kommunicirte. Verf. erklärt durch das Hindurchfließen von Ovariencysteninhalt durch Galle, Gallengänge und weiter bestimmte »Anfälle von Diarrhöe«, die bei der Pat. beobachtet wurden. Der Ovariencysteninhalt enthielt reichlich Galle. Erst wurden die Ovariencysten nach Abbinden der Kommunikation und Ableiten der Galle nach außen exstirpirt; nach 10 Wochen dann auch die Gallenblase mit dem Steine. **F. Krämer** (Berlin).

46) F. Müller. Über Gangrän von Extremitäten bei Neugeborenen.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1899.

Verf. berichtet über einen in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachteten, seltenen Fall von Gangrän des linken Vorderarmdrittels bei einem Neugeborenen; letzteres war bei der Geburt zunächst auffallend blass und durch einen unregelmäßigen Ring vom gesunden Theile abgegrenzt. Mit der Zunahme der Gangrän verschwand der Ring. 3½ Wochen nach der Geburt Amputation des gangränösen Theiles des Vorderarmes; 4 Tage später Tod. Durch die Sektion wurde für die Gangrän keine Ursache gefunden.

Nach Betrachtungen über das Auftreten von Gangrän bei Säuglingen und Neugeborenen folgen die in der Litteratur verzeichneten Fälle, besonders der Extremitäten und Extremitätentheile; auch hier ist in keinem der Fälle eine bestimmte Ursache für den Brand angegeben.

Für den Straßburger Fall spielen Schwangerschaft und Geburt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Mutter hatte ein allgemein verengtes Becken; das Kind war mit der Zange in Vorderhauptslage geboren; mit großer Wahrscheinlichkeit war die Hand in der letzten Zeit der Schwangerschaft vor dem Kopfe gelegen und hierdurch in schlechte Ernährungsverhältnisse gebracht worden. 30 Stunden lang war der Arm dem Drucke des allmählich tiefer ins Becken tretenden Kopfes ausgesetzt; die Gangrän wird folglich auch in die Zeit der Geburt fallen.

Kronacher (München).

Berichtigung. P. 580 Z. 7 v. o. lies Hadenfeldt statt Hodenfeldt und Z. 8 Anschar statt Ansiter.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. **Sonnabend, den 30. Juni.** **1900.**

(Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause Eppendorf [I. chirurgische Abtheilung von Dr. Kümmell].)

Eine Modifikation des Murphyknopfes zur Verwendung bei Gastroenterostomie.

Von

Dr. Heinrich Hildebrand.

Bei der Anlegung von Anastomosen zwischen Darmschlingen oder zwischen Magen und Darm findet der von Murphy angegebene Knopf jetzt vielfach Anwendung; derselbe hat sich viele Freunde

erworben, und wohl mit Recht. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass, vorausgesetzt man beherrscht die Technik der Naht und die der Einlegung des Knopfes gleich gut, die Operation mittels des Knopfes schneller beendet werden kann. Da nun nach den gemachten Erfahrungen die Resultate mit dem Knopfe genau die gleichen sind als mit der Naht, so liegt in der Möglichkeit, mit dem Knopfe die Operation schneller beenden zu können, ein nicht zu unterschätzender Vortheil. Besonders geeignet zur Verwendung des Knopfes sind die Anastomosen zwischen Magen und Darm. Von vielen Operateuren wird hierbei fast ausschließlich der Knopf verwendet.

Lässt sich nun auch diese Operation in außerordentlich kurzer Zeit vollenden und sind die Resultate entschieden günstige zu nennen, so hat die Methode doch einen großen Nachtheil. Jeder, der die Operation öfter ausgeführt hat, wird die unangenehme Komplikation erlebt haben, dass der gelöste Knopf später nicht in den Dünndarm gelangte, sondern durch die Anastomose hindurch in den Magen rutschte. Er kann dann nicht entleert werden und wirkt als Fremd-

Fig. 1.

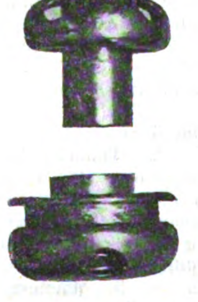


Fig. 2.



körper störend im Magen. Die entstehenden Beschwerden sind meist so erheblich, dass eine Laparotomie zur Entfernung des Knopfes nöthig wird.

Um zu versuchen, diesen Übelstand zu vermeiden, habe ich den Murphyknopf in einer ganz einfachen Weise modificirt, so dass ein Hineinfallen in dem Magen fast unmöglich wird.

Ich habe die beiden Theile des Knopfes in verschiedener Größe anfertigen lassen, und zwar so, dass der leichtere Theil auch der kleinere ist. Fig. 1 zeigt die beiden Theile getrennt; Fig. 2 den Knopf geschlossen. Bei der Einlegung des Knopfes wird nun der kleinere Theil in den Magen eingeführt, der größere in den Darm. Durch die entstehenden Verklebungen und Verwachsungen bildet sich um die Kommunikationsöffnung ein fester Ring, welcher in der Größe genau dem im Magen liegenden kleinen Theil des Knopfes entspricht; löst sich jetzt der letztere, so kann wohl der kleine im

Magen liegende Theil durch den Ring nach außen hindurchtreten, nicht aber der größere außen liegende Theil in den Magen hinein. Damit ist die Gefahr, dass der Knopf in den Magen fällt, vermieden.

Der Knopf mit der beschriebenen Modifikation ist hier von Herrn Dr. Kümmell bereits in vielen Fällen angewendet worden, und mit gutem Erfolge.

Bei einer Sektion habe ich mich überzeugen können, dass sich ein fester, nicht dehnbarer Ring gebildet hatte, welcher in der Größe genau dem kleinen Theil des Knopfes entsprach und das Durchgleiten des größeren Theiles sicher verhinderte.

Besonders günstig wirkt in dieser Hinsicht die bei den betreffenden Fällen meist vorhandene Hypertrophie der Magenwand, welche wesentlich zur Festigkeit des Anastomosenrandes beiträgt und eine Dehnung der Öffnung verhindert.

Nur in einem der hier operirten Fälle war der Knopf doch in den Magen gefallen. Es hatte sich hier um einen sehr alten heruntergekommenen Mann gehandelt, welcher an einen Carcinom des Pylorus litt. Der Pat. starb 7 Tage nach der Operation. Bei der Sektion zeigte es sich, dass der Magen stark dilatirt war und eine ganz dünne, schlaffe Wandung hatte. Von einer festeren Vereinigung an der Stelle der Anastomose war gar keine Rede, sondern Magen und Darm waren eben leicht verklebt. Die Anastomosenöffnung hatte sich stark erweitert und war fast doppelt so groß als der ganze Knopf. Offenbar hatte es hier an der nöthigen Heilungsenergie der Gewebe gefehlt bei dem heruntergekommenen alten Manne. Dazu kam die Beschaffenheit der Magenwand, welche nicht hypertrophisch, sondern dünn und schlaff war und dadurch zu einer Erweiterung der Anastomosenöffnung Veranlassung gegeben hatte. Die Öffnung war übrigen so groß, dass, hätte der Pat. weiter gelebt, der Knopf mit Leichtigkeit den Magen hätte verlassen können.

Dieser Fall kann nichts gegen die Zweckmäßigkeit des modificirten Knopfes beweisen; denn nur selten wird es sich um so alte heruntergekommene Pat. handeln, und vor Allem ist, wie schon erwähnt, gewöhnlich gerade eine Hypertrophie und damit eine gewisse Festigkeit der Magenwand vorhanden, welche zur Erzielung des gewünschten Effektes wesentlich beiträgt.

Der Knopf wird von der Firma Pertzel und Schultz, Hamburg, Große Bleichen, hergestellt.

---

1) **Tuffier.** Modification opératoire à la trépanation du crâne avec perte de substance permanente de l'os et de la dure-mère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 824.)

Um dauernd eine Druckentlastung des Gehirns zu erzeugen, hat Kocher bekanntlich das Offenlassen der Knochenlücke nach Tre-



panation wegen Epilepsie vorgeschlagen und, um einen Wiederverschluss durch Knochenneubildung von Seiten der Dura mater zu verhindern, hat Berczowsky die Resektion der harten Hirnhaut im Bereiche der Knochenlücke empfohlen. Um aber eine Verletzung des vorquellenden Gehirns an den rauhen Knochenrändern zu verhüten, rieth er, diesen Knochenrand durch die Dura mater selbst zu decken. T. hat diesen Vorschlag zum ersten Male beim Menschen in 2 Fällen zur Ausführung gebracht. Nach breiter Eröffnung des Schädels mit Zerstörung des Periostes schnitt er die Dura mater so ein, dass 4 Lappen gebildet wurden, die über den Knochenrand zurückgeschlagen wurden, mit dem Perioste durch Nähte vereinigt. — Endresultate stehen noch aus. Das augenblickliche Ergebnis war günstig.

Reichel (Chemnitz).

---

2) Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Ärzte und Specialärzte. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien. — Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.

Wien, **Karl Prochaska,** 1900. Mit 161 Figuren im Text.

Über den Werth eines derartigen Konversationslexikons, das in Folge der großen Anzahl der Mitarbeiter nichts Einheitliches haben kann, lässt sich sehr streiten; in erster Linie wird es für den praktischen Arzt von Nutzen sein, weniger für den Specialarbeiter, allein schon wegen des Fehlens von Litteraturangaben. — Ein recht guter Abschnitt ist der über die Anatomie des Gehörorganes von Lesshaft. Wir finden darin die anatomischen Verhältnisse des äußeren, mittleren und inneren Ohres bei aller Kürze doch recht genau aus einander gesetzt und durch gute Abbildungen illustrirt. Es ist hier der Versuch gemacht, fast alle lateinischen Bezeichnungen ins Deutsche zu übertragen. — Weiterhin ist erwähnenswerth ein Artikel von Bürkner über Hörprüfung, in welchem die schwierigen einschlägigen Verhältnisse mit den Untersuchungsmethoden recht klar geschildert werden. Von demselben Autor ist ein sehr lesenswerther Aufsatz über die Sklerose der Paukenhöhle geschrieben, in welchem pathologische Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose besprochen und eine kritische Beleuchtung der therapeutischen Methoden gegeben wird. — Etwas kurz und unvollständig ist die Zerniko'sche Abhandlung über Nebenhöhlenempyeme gerathen; vor allen Dingen fehlt hier die Betonung der diagnostischen Schwierigkeiten. Ein größerer Artikel ist von Haug über Warzenfortsatzerkrankungen geschrieben worden. In ihm werden zuerst die entzündlichen Affektionen dieses Felsenbeintheiles besprochen. Leider wird hier absolut keine Trennung gemacht zwischen den reinen Schleimhauterkrankungen einerseits und der Periostitis und Ostitis andererseits. Man muss sich doch immer vor Augen halten, dass diese beiden Affektionen wohl häufig neben einander vorkommen, dass aber die reine Schleimhauterkran-

kung des Antrum mastoideum und der übrigen Mittelohrräume ohne Miterkrankung des Periosts und des Knochens sehr häufig bei jeder Art von akuter Otitis media zu konstatiren ist. — Diese kleine Auslese mag genügen aus dem ziemlich vollständigen Wörterbuche der Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Dasselbe enthält die einzelnen Artikel in alphabetischer Reihenfolge, so dass ein bequemes Nachschlagen ermöglicht wird. **Manasse** (Straßburg i/E.).

---

3) **Miller.** Zur Indikationsstellung für Mastoidoperationen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Es wird durch Mittheilung diesbezüglicher Fälle die im Jahre 1898 von demselben Autor angegebene Indikationsstellung zu stützen gesucht, dass jede Mittelohreiterung, die trotz sachgemäßer Behandlung 14 Tage lang in unverminderter Stärke, ohne eine Wendung zum Bessern erkennen zu lassen, besteht, mit Eröffnung des Antrum mastoideum zu behandeln ist, auch wenn bedrohliche Erscheinungen noch nicht vorhanden sind. **Borchard** (Posen).

---

4) **Poirier.** Nouveau procédé pour la résection du nerf maxillaire supérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 414.)

P. glaubt auf Grund von Leichenexperimenten die Lossen-Braun'sche Methode zur Resektion des II. Trigeminusastes vereinfachen und das gleiche Ziel ohne Operation am Knochen erreichen zu können. — Gründliche anatomische Untersuchungen an 50 Schädeln führten ihn zu folgendem Ergebnisse:

1) Normalerweise erhebt sich die obere Umrandung der Fissura pterygo-maxillaris um einige, 2—6 mm über die Horizontalebene, die durch den oberen Rand des Jochbogens gelegt wird.

2) Der äußere Flügel des flügelförmigen Fortsatzes und die Fissura pterygo-maxillaris sind im Durchschnitte 4 cm von dem Jochbogen entfernt.

3) Immer liegt die Fissura pterygo-maxillaris in einer senkrecht zum Jochbogen durch das Kiefergelenk gelegten, d. h. 1 cm hinter dem vom Jochbogen und Orbitalfortsatz des Jochbeines gebildeten Winkel liegenden Ebene.

Daraufhin empfiehlt P. folgendes Vorgehen:

Der N. infraorbitalis wird zunächst an seiner Austrittsstelle aus dem gleichnamigen Kanale bloßgelegt, isolirt und mit einem Faden angeschlungen. Dann führt man 1 cm hinter dem Winkel zwischen Jochbogen und Orbitalfortsatz des Jochbeines senkrecht zum Jochbogen einen 4 cm langen Schnitt durch die Haut, $^3/_4$ oberhalb des Bogens, $^1/_4$ auf dem Bogen selbst, spaltet die Aponeurosis temporalis und löst sie etwa 2 mm weit vom Knochen ab, dringt mit einer Hohlsonde durch das Fettgewebe bis zum Schläfenmuskel und spaltet diesen in der gleichen Ebene, wie Haut und Aponeurose. Dann er-

setzt man das Messer durch ein kleines Schabeisen, stützt den Rücken des Instrumentes gegen den Jochbogen und dringt genau senkrecht 4 cm weit vor, bis man die Spitze des äußeren Flügels des flügelförmigen Fortsatzes berührt, d. h. die hintere Lippe der Fissura pterygo-maxillaris. Auf 1—2 cm weit schabt man diese Lippe vorsichtig ab. Beim Vordringen in die Spalte stößt man sicher auf den Nerven, indem man sich stets an die hintere Wand des Spaltes hält. Man hakt den Nerven an und lockert ihn durch abwechselndes Anhaken und Zurückziehen an der Fadenschlinge, dreht ihn nachher mit einer entlang des Hakens eingeführten Klemme ab und extrahirt ihn mittels des Fadens durch den Infraorbitalkanal.

P. und seine Schüler haben diese Operation etwa 20mal an der Leiche ausgeführt und keine Schwierigkeit dabei gefunden.

Potherat giebt der typischen Lossen-Braun'schen Methode unter Leitung der Augen vor diesem etwas blinden Aufsuchen des Nerven nach P.'s neuer Methode den Vorzug, hält die Nachtheile der ersten Operation für geringfügiger als P. **Reichel** (Chemnitz).

---

5) **A. Gevry.** Der Ausgang des akuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. X. p. 271.)

Verf. beschreibt eine Art des Empyems, die er die käsige nennt. Sie ist aus der akuten Form hervorgegangen, gleicht jedoch nicht dem gemeinen chronischen Empyem. Der Eiter ist verkäst, liegen geblieben und wirkt als Fremdkörper auf die Kieferhöhlenschleimhaut. Mikroskopisch zeigen sich die käsigen Massen zusammengesetzt aus Fetttröpfchen und verfetteten Eiterkörperchen. Die Prognose ist eine viel bessere als beim chronischen Empyeme; denn nach wenigen (1 oder 2) Ausspülungen tritt Heilung ein.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

6) **P. Schmithuisen.** Die unblutige Operation der typischen Nasenrachenpolypen.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 24.)

Der Autor hat in 5 Fällen von typischem (d. h. bei Knaben im Pubertätsalter auftretenden) Nasenrachenpolypen sich auf elektrische Behandlung beschränkt, principiell ohne auf die Zerstörung des Wurzelstockes auszugehen, und hat in 4 Fällen jedenfalls volle Rückbildung erzielt, in 3 Fällen gemäß der natürlichen Entwicklung dieser Gebilde auch Verschwinden des Wurzelrestes gesehen. Bei den »dunkelrothen« — angiomatösen — Formen vermeidet er auch die Galvanokaustik wegen der Gefahr der Blutung, die bei den »hellgrauen«, fibromatösen Geschwülsten weniger zu fürchten ist, und verwendet nur die Elektrolyse. So ist »die Behandlung des gefürchteten Nasen-

rachenpolypen, an die sich nur der beherzteste Chirurg wagen darf, ein Spielball geworden in der Hand auch des furchtsamsten Specialisten«.

Herm. Frank (Berlin).

---

7) **A. Arthur.** Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes. (Ekchondrosen, Exostosen, Ekchondrome, Chondrome, Enchondrome.)

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. X. p. 181.)

Die Arbeit stellt eine umfangreiche Monographie dar über den in der Überschrift genannten Gegenstand. Im ersten Theile werden die bisher beschriebenen Beobachtungen in etwas ermüdender Breite zusammengestellt: Große, ausführliche Krankengeschichten zum Theil in fremder Sprache werden mit den dazu gehörigen Abbildungen aus den Arbeiten anderer Autoren abgedruckt. Es folgen dann 3 eigne Beobachtungen (eine schon von B. Fränkel publicirt) mit mikroskopischen Untersuchungen. Auf Grund der letzteren wird dann die pathologische Anatomie dieser interessanten Neubildungen besprochen. Sie werden in Ekchondrosen, Chondrome und Mischgeschwülste eingetheilt. Die Ekchondrosen bestehen aus hyalinem Knorpel, welcher durch bindegewebige Septen in kleine Knorpelinseln getheilt wird. In ihnen kann es zur Ossifikation kommen, ja es können wichtige Exostosen aus ihnen entstehen, so dass zwischen diesen beiden Geschwulstarten kein principieller Unterschied zu machen ist. Bei den Chondromen findet man verschiedene Knorpelarten (Hyalin-, Netz- und Faserknorpel) neben einander vor; auch bei ihnen kann es zur Knochenbildung kommen; fernerhin werden Erweichungsprocesse mit Cystenbildung hier beobachtet. Es folgen dann Abschnitte über Ätiologie, Lokalisation, Größe und Wachsthum, subjektive Symptome, so wie über die Diagnose. Hierbei kommt in erster Linie in Betracht das Aussehen der Kehlkopfschleimhaut; dieselbe ist dünn, blass, gespannt, aber frei von jeglichen anatomischen Veränderungen; fernerhin der Zusammenhang der Geschwulst mit einem der Kehlkopfknorpel, so wie das Fehlen jeglicher Drüsenschwellung; letzteres Symptom scheint jedoch nicht ganz konstant zu sein. Auch die Härte der Geschwulst ist zuweilen für diese Erkrankung ganz charakteristisch. Doch glaubt Ref. hier auf die Ähnlichkeit der Knorpelgeschwülste mit den Amyloidgeschwülsten hinweisen zu müssen, die ja häufig genug sowohl Knorpel- wie Knochenwucherungen enthalten; es kann die Unterscheidung beider Geschwulstarten ohne mikroskopische Untersuchung im einzelnen Falle doch recht schwierig sein. Das letzte Kapitel ist der Therapie gewidmet: Kleine Ekchondrosen lassen sich durch Hohlmeißelzange, Chromsäureätzung oder Galvanokaustik entfernen, während die Chondrome und Mischgeschwülste radikal operirt werden müssen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

8) **Schmidt.** Die Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie im Riga'schen Stadtkrankenhause.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1899. No. 38.)

Diese Resultate sprechen entschieden für die Wirksamkeit des Serums. In den Jahren vor dem Serum wurden 488, in 4 Serumjahren 348 Diphtheriekranke klinisch behandelt. Erstere hatten 53,9%, letztere nur 25% Sterblichkeit. In der Vorserumzeit mussten 58,2%, während der des Serums nur 44,2% tracheotomirt werden; am beweisendsten ist die Thatsache, dass von den Tracheotomirten in der Vorserumzeit 72,9% starben, während der Serumzeit nur 44,1%.

Haeckel (Stettin).

9) **G. Killian.** Die direkte Bronchoskopie und ihre Verwerthung bei Fremdkörpern der Lungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Mittels der »oberen« Bronchoskopie (vom Munde aus) oder der »unteren« (von der Tracheotomieöffnung aus) ist es dem Autor gelungen, in 2 Fällen (Kind von 4 Jahren und einem alten Manne) die vorhandenen Fremdkörper aus dem Hauptbronchus mit Erfolg zu entfernen, in 2 anderen Fällen diagnostische und in einem Falle wichtige Aufschlüsse zu gewinnen. Die lange gerade Röhre wird nach genügender Cocainisirung, oder (bei älteren Personen) in Narkose mit Leichtigkeit bis zur Ebene des 3.—4. Interkostalraumes vorgeschoben.

Herm. Frank (Berlin).

10) **F. Englisch.** Periurethritis infectiosa.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 44 u. 45.)

Unter Zufügung von 4 Krankengeschichten stellt Verf. ein Krankheitsbild auf: Nach einem Vorstadium von 3tägiger bis 3wöchentlicher Dauer nur mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen bildet sich zuerst im Unterhautzellgewebe am Hodensack ein Ödem, das dann phlegmonös wird, rasch vorwärts schreitet, zu Gangrän führt, die Harnröhrenwand mit ergreift etc. Wesentlich ist, dass die Harnröhre zunächst gesund bezw. unversehrt ist, der Process von ihr also nicht ausgeht. Unbekannt sind die Infektionserreger, ausgeschlossen bei dieser Krankheitsform natürlich Metastasen anderer Keime an dieser Stelle etc.

Herm. Frank (Berlin).

11) **Pisani.** Contributo alla cura della ipertrofia prostatica colla dieresi termogalvanica.

Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 54. Assoc. sanit. milan. Seduta del April 19.)

P. urtheilt über die Bottini'sche Operation, dass sie leicht auszuführen und ungefährlich ist, mehrfach wiederholt und ohne Gefahr von Blutung oder Sepsis gemacht werden kann. Eine allgemeine Narkose ist nicht nothwendig. Als Anästheticum zieht er das Antipyrin dem Cocain vor.

Dreyer (Köln).

12) **A. N. Popow.** Zur Frage der versenkten Naht beim hohen Steinschnitt.

(Chirurgica Bd. V. p. 576. [Russisch.])

Aus dem Perm'schen Gouvernements-Semstwo-Krankenhause veröffentlich P. 24 Fälle, auf Grund welcher er zu folgenden Schlüssen kommt: 1) Der alkalische und eitrige Urin ist keine Gegenanzeige gegen das Anlegen einer versenkten Naht. Im Gegentheil, ihre Anlegung ist in allen Fällen von hohem Steinschnitte angezeigt, freilich mit Ausnahme solcher, in welchen die Wände der Blase pathologisch verändert, oder die Ränder der Wunde beim Ausziehen der Steine stark beschädigt sind, d. h. in den Fällen, wo man überhaupt auf keine Prima intentio zu rechnen hat. 2) Die durchschnittliche Heilungsdauer nach einer missglückten Naht ist immer noch geringer, als nach einer Operation ohne Naht, nur mit Drainage. Der Arbeit ist zum Schlusse ein Litteraturverzeichnis von 20 Nummern beigegeben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

13) **Maydl.** Weitere Erfahrungen über Implantation der Ureteren in die Flexur bei Ectopia vesicae.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 6—8.)

Den 5 bereits früher veröffentlichten Fällen reiht der Autor hier 5 neue ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten, so wie die Ergebnisse der Nachforschungen nach dem Schicksal der früher operirten Pat. an. Dazu kommen außerdem noch 10 anderer Fälle anderer Operateure, so dass der Autor im Ganzen über die im Allgemeinen recht guten Erfolge nach 20 Operationen berichten kann, von denen einige immerhin schon über 6 Jahre zurückliegen, und welche er im Einzelnen nach den Berichten hier wiedergiebt. 1 Fall ist nach der Operation, aber nicht durch Schuld der Methode gestorben, und die Schuld für die sonst berichteten üblen Ausgänge ist man berechtigt auf Abweichungen von M.'s Methode zu setzen: Einpflanzung nicht der Blasenschleimhautellipse, welche die Harnleitermündungen einschließt, sondern der querdurchschnittenen Harnleiter selbst, und nicht in die Flexur, sondern in den Mastdarm, wodurch die Gefahr der aufsteigenden Infektion entschieden vergrößert, vielleicht erst geschaffen wird. Andere Abänderungen der Methode, vorgeschlagen, um die Infektiosität zu verhindern, sind, weil diese Gefahr nicht so groß ist, überflüssig und haben nicht den Vorzug der Einfachheit.

Von den beiden zur Zeit geübten Verfahren zur Heilung der Blasenektopie: sogenannte ideale Methode, Bildung eines Blasenraums unter Voraussetzung des Vorhandenseins eines Schließmuskels, und Harnableitungsmethode, hat die letztere den Vorzug, dass es in der That zu einer Urinhaltung kommt, was dort nur in den seltensten Fällen gelungen ist herbeizuführen, so dass man bei jener eigentlich nur von einer »Erschwerung des Harnträufelns« reden kann. Schließ-

lich ist auch die Gefahr der Fistelbildung nach seinem Verfahren wohl zu umgehen. Er selbst hat seit seinem 3. Falle keine Fistelbildung mehr erlebt. **Herm. Frank** (Berlin).

14) **Naunyn.** Hämaturie aus normalen Nieren und bei Nephritis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Die Frage, in wie weit Massenblutungen aus gesunden Nieren und bei Nephritis vorkommen, ist eine wichtige geworden, seitdem man wegen starker Blutung in der Annahme, es handle sich um Tuberkulose, Neubildung oder Steine der Niere, die Niere freilegte und exstirpiren wollte; in einer Reihe von Fällen war man erstaunt, eine gesunde Niere oder eine von Nephritis ergriffene zu finden. Nach Spaltung der Nierenkapsel resp. der Niere selbst trat nicht selten Heilung ein. M. theilt nun einen Fall von Blutung aus gesunder Niere und 4 von Blutung bei chronischer Nephritis mit; in einem derselben wurde die Niere freigelegt, in den anderen nicht operirt; sie heilten quoad Blutung ohne operativen Eingriff. Auf Grund eines Sektionsbefundes vermuthet N., dass die starken Blutungen im Nierenbecken statthaben.

Auf Grund der Beobachtungen von Harrison, Israel und Hofbauer sieht N. in der Nephrotomie ein verheißungsvolles neues Mittel in bestimmten Fällen von Nephritis; freilich bedürfe es einer sorgfältigen Auswahl derselben, da ja auch in anscheinend schweren Fällen der Verlauf der Nephritis ohne Operation häufig genug günstig ist. **Haeckel** (Stettin).

15) **Folli.** Sugli adenomi delle capsule surrenali.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 51.)

F. fand bei 300 Leichen 12 Geschwülste der Nebennieren, wovon 8 rechtsseitig und 2 linksseitig saßen. Frauen waren mehr als Männer betheiligt. Symptome hatten während des Lebens nie bestanden. Die Geschwülste trugen den Typus einer Wucherung der Rindensubstanz. Niemals hatten Pigmentationen der Haut bestanden. Paganuzzi hält die Geschwulst für identisch mit Virchow's Nebennierenstrumen. **Dreyer** (Köln).

16) **Narath.** Zur Radikaloperation der Varicocele.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 4.)

N. fand bei Pat. mit starken Varicocelen stets eine nicht unerhebliche Erweiterung des Leistenkanales und kam auf die Idee, an Stelle der bisher geübten, nicht immer ausreichenden und mit mancherlei Mängeln behafteten Operationsverfahren den Hauptstamm der Vena spermatica interna im Leistenkanale selbst zu reseciren und letztere dann nach Bassini zu verschließen.

Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: Hautschnitt in der Richtung des Leistenkanales. Eröffnung des letzteren wie bei der



Bassini'schen Radikaloperation. Der ganze Funiculus spermaticus mit dem Cremaster und der Tunica vaginalis communis wird aus dem Kanale herausgehoben. Wenn man nun durch kleinen Längsschnitt oder durch stumpfe Präparation gespalten hat, übersieht man schön die einzelnen Gebilde des Samenstranges. Die erweiterten Venen treten auch bei ganz geringer Blutfüllung deutlich hervor. Man hat im Leistenkanale nun entweder den Hauptstamm der Vena spermatica interna vor sich oder seine primäre Seitenverzweigung. Die Venen werden so hoch wie möglich zweimal frei präparirt und doppelt unterbunden. Sie ziehen sich sofort nach Durchschneiden in die Tiefe zurück. Dann werden die Venen distal verfolgt bis zur Gegend des Annulus externus und auch hier nach doppelter Unterbindung durchtrennt. Man entfernt auf diese Weise ein Stück von vielen Centimetern aus dem Stamme der Vene oder aus diesem und den ersten Seitenästen oder (bei hoher Vereinigung) aus letzteren allein. Die Venen lassen sich sehr leicht von den übrigen Gebilden des Samenstranges isoliren.

Nach erfolgter Resektion wird genau auf eine etwaige peritoneale Ausstülpung gesehen; ist sie vorhanden, dann wird sie isolirt, torquirt, unterbunden und amputirt. Sind noch die Vv. spermat. externae erheblich erweitert, so wird auch aus ihnen ein Stückchen resecirt.

Als letzter Akt der Operation erfolgt der Verschluss des Leistenkanales nach Bassini, wobei N. die hintere Wand desselben (Fascia transversa) ganz intakt lässt, die Muskelränder nicht unterminirt und überhaupt an letzteren nicht präparirt. Als Naht- und Unterbindungsmaterial wird ausschließlich feine Seide verwandt, nur für die Muskelnähte etwas dickere.

Die Operation ist in 10—15 Minuten auszuführen und bietet erhebliche Vortheile gegenüber den anderen Methoden. 21 nach diesem Vorgehen operirte Fälle werden mitgetheilt; in allen war der Erfolg auch bezüglich etwaiger Recidive ein ausgezeichneter und von Dauer, so weit die 2—3jährige Beobachtungszeit ein abschließendes Urtheil zulässt.

Hübener (Dresden).

---

17) Discussion sur le traitement de la tuberculose testiculaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 419, 438, 458, 477, 507, 526, 566, 590.)

Die Frage nach der besten Behandlungsmethode der Hodentuberkulose gab in der Pariser chirurgischen Gesellschaft zu einer sehr eingehenden Diskussion Veranlassung, in welcher sich zeigte, dass die Anschauungen der verschiedenen, zum Theil sehr erfahrenen Chirurgen weit aus einander gingen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes rechtfertigt wohl ein Referat der wichtigsten Punkte der Debatte:

Berger ist der Hauptverfechter der Kastration. Er fasst seine Ansichten in folgenden Sätzen zusammen: 1) Bei den noch im Anfangsstadium stehenden Tuberkulosen muss die Kastration ausgeführt

werden, wenn die Erkrankung im Fortschreiten begriffen, aber noch auf eine Hälfte des Genitalapparats beschränkt ist. 2) Erkankungen des Vas deferens, selbst der Samenblase bilden keine Kontraindikation für die Operation. 3) Die Kastration muss durch Exstirpation des ganzen Vas deferens vervollständigt werden, selbst wenn dieses anscheinend noch gesund ist. 4) Nimmt die Samenblase an der Erkrankung Theil, so kann man sie vom inguinalen oder perinealen Wege aus entfernen. 5) In allen Fällen, in denen der tuberkulöse Hoden eine der Hauptursachen der Störung des Allgemeinbefindens, des Kräfteverlustes und der Leiden ist, soll er entfernt werden, selbst wenn gleichzeitig andere Organe tuberkulös erkrankt sind, wofern nicht das Allgemeinbefinden des Individuums überhaupt eine Kontraindikation für einen operativen Eingriff abgiebt. 6) Die Kastration wegen tuberkulöser Affektion der Genitalorgane darf niemals doppelseitig gemacht werden.

Einen konservativen Standpunkt nimmt Routier ein. Er theilt die Kranken in 3 Kategorien ein, 1) in solche, die Knoten im Nebenhoden oder Samenstrang haben, 2) in solche, die einen oder mehrere Abscesse haben, 3) in solche mit Fisteln oder fungöser Geschwulstbildung. Für die Fälle der ersten Klasse verwirft er jeden operativen Eingriff, beschränkt sich auf hygienische Allgemeinbehandlung. Abscesse eröffnet er breit mit dem Thermokauter, schabt ihre Wandungen aus und ätzt sie mit Chlorzink; ähnlich verfährt er bei Fistelbildungen. Bei fungöser Wucherung zieht er auch die Zerstörung des tuberkulösen Herdes mit dem Glüheisen der Kastration vor.

Bazy beschränkt sich gleichfalls auf partielle Operationen, die Zerstörung des tuberkulösen Herdes mit dem Thermokauter ohne Kastration.

Félizet macht auf den wesentlichen Unterschied aufmerksam zwischen der Genitaltuberkulose der Kinder und der Erwachsenen. Bei letzteren ist der Verlauf im Allgemeinen ein langsamerer, beschränkt sich gewöhnlich auf Nebenhoden und Samenstrang. Bei Kindern, bei denen die Genitaltuberkulose gewöhnlich vor dem 8. und nach dem 14. Lebensjahre beobachtet wird, ist der Verlauf in der Regel ein rapider. Der vergrößerte Nebenhoden sitzt nicht nur kappenartig dem kleinen Hoden auf, sondern hüllt ihn ganz ein; der Hoden wird oft und früh mit ergriffen. Dessgleichen greift die Tuberkulose bei ihnen auch früh auf den Hodensack über; hingegen greift sie am Vas deferens selten über die äußere Öffnung des Leistenkanals aufwärts hinaus. Fälle chronischeren Verlaufs mit knotiger Anschwellung der Epididymis beobachtet man zwar auch bei Kindern, aber erheblich seltener, als bei Erwachsenen. Nur ausnahmsweise kommt man daher bei Kindern mit partiellen Operationen aus, sondern sieht sich früh zur Kastration gedrängt, vor der man auch bei doppelseitiger Erkrankung nicht zurückschrecken sollte, da die Erhaltung des Lebens in erster Linie stehen muss.

Fast alle folgenden Redner, Tuffier, Quénu, Nimier, Lucas-Championnière, Reclus, Potherat, Delbet, Poirier, Sieur Schwartz wollen die Kastration wegen Genitaltuberkulose auf die seltenen Fälle eingeschränkt wissen, in denen der Hoden selbst erkrankt ist. Die Kastration schütze gegen eine sekundäre Erkrankung des anderen Hodens nicht mehr, als partielle Eingriffe an der Epididymis resp. die Totalexcision des Nebenhodens, eben so wenig gegen das Auftreten anderweitiger tuberkulöser Herde; einen Rückgang der Affektion bereits miterkrankter Samenblasen und der Prostata beobachte man auch nach Partialoperationen; die Kastration treffe aber der schwere Vorwurf, dass sie ein nach Delbet's Beobachtungen in $^4/_5$ der Fälle gesundes Organ entferne, das durchaus nicht werthlos sei. Würden auch die Ausführungsgänge durch die Entzündung resp. den Eingriff am Nebenhoden verschlossen oder entfernt, so funktionire der Hode als solcher doch weiter; Beweis, dass er nach Resektion des Nebenhodens nicht atrophirt; die fortdauernde Sekretion des Hodens sei aber für den Organismus wichtig, wie die Brown-Séquard'schen Beobachtungen lehren. Erhaltung des Hodens habe daher nicht nur für die Psyche des Pat. eine Bedeutung.

Nur Reynier will die Indikationen für die Kastration bei Nebenhodentuberkulose weiter gesteckt wissen. Er glaubt, dass in der That häufiger, als man im Allgemeinen annehme, die Tuberkulose des Nebenhodens den einzigen, primären Herd darstelle, und es durch seine frühzeitige Entfernung, vor sekundärer Erkrankung der Samenblase und Prostata, gelinge, dem Ausbruch der Tuberkulose in anderen Organen, insbesondere im zweiten Hoden vorzubeugen. Wenn oft verhältnismäßig kurze Zeit nach einseitiger Kastration der zweite Hoden auch tuberkulös erkrankt sei, so habe dies in zu später Ausführung der Operation seinen Grund; genaue Untersuchungen würden zeigen, dass in solchen Fällen bereits zur Zeit der Kastration die Samenblasen oder Prostata erkrankt waren. Partielle Operationen bei ganz umschriebener Erkrankung eines Nebenhodens lässt er auch zu, fürchtet aber, dass dabei kranke Theile zurückgelassen werden und zu Recidiven Anlass geben. Das Opfer eines Hodens erscheint ihm nicht zu groß, wenn dadurch der zweite vor Erkrankung bewahrt werden könne. Bei doppelseitiger Affektion verwirft auch er die Kastration. **Reichel** (Chemnitz).

---

18) **O. Schäffer** (Heidelberg). Die Prophylaxe bei Frauenkrankheiten.

München, **Seitz & Schauer,** 1900. 45 S.

Die Arbeit S.'s ist ein Theil des von Nobiling und Jankau herausgegebenen Handbuchs der Prophylaxe.

Das gesammte Gebiet hat S. in folgende 5 Gruppen eingetheilt:

1) Bildungsanomalien und Entwicklungshemmungen.

2) Gestalts- und Lageveränderungen. In dieser Gruppe bespricht er die Entstehung und Vermeidung von Hernien, des Descensus und Prolapsus, der Inversio uteri und der »pathologischen Positionen, Versionen und Flexionen des Uterus«.

Im 3. Abschnitte folgt die Prophylaxe der »Entzündungen und Ernährungsstörungen« des weiblichen Genitalapparats (Gonorrhoe, akute Sepsis, akute Genitalentzündungen, Cervixkatarrh und dessen Folgen, Prophylaxe bei chronischer Endomyometritis, chronischer Parametritis, chronischer Oophoritis, chronischer Perimetro-oophorosalpingitis und Pelveoperitonitis, weiter bei Genitaltuberkulose und bei Cystitis.

Im 4. Theile schildert Verf. die »Prophylaxe hinsichtlich der Verletzungen und deren Folgen«. (Defekte mit narbigen Veränderungen, Fistelbildungen, traumatische Blutergüsse, Fremdkörper im Urogenitalsysteme.)

Der 5. Abschnitt bringt Mittheilungen über die Prophylaxe bei Neubildungen.

S. giebt hierin den aus der allgemeinen praktischen Erfahrung genommenen Rath, langdauernde Entzündungen, wie Ektropion, Erosionen, fungöse Endometritiden, Kondylome, »Kontinuitätstrennungen mit granulirender Verheilung und nachträglicher Narbenbildung an Grenzstellen, wo zweierlei Epithelien zusammenstoßen«, chronische Kongestionszustände, zu bösartiger Degeneration neigende Geschwülste, wie Fibromyome, Pigmentnaevi der Vulva, Dermoides, ferner Placentarpolypen etc., da derartige Veränderungen einen malignen Charakter annehmen können, entsprechend zu behandeln.

Am Schlusse der Arbeit bespricht S. kurz »Die Prophylaxe bei gynäkologischen Operationen und Eingriffen«.

In der Arbeit S.'s ist alles Wesentliche über die Prophylaxe bei Frauenkrankheiten in übersichtlicher Form kurz zusammengestellt.

Neck (Chemnitz).

---

19) **L. Piqué.** Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 346.)

P., ein Gegner der in den letzten Jahren von mancher Seite verfochtenen, von der Mehrzahl der Ärzte scharf verurtheilten systematischen Behandlung der Geisteskrankheit bei Frauen durch operative Eingriffe, sucht in seiner Mittheilung doch den Nachweis zu bringen, dass bei gewissen Geisteskranken, die mit wohl charakterisirten chirurgischen Leiden behaftet sind, eine operative Behandlung dieser Leiden auch auf die Psyche günstig einwirkt. Er verwirft vollständig die vielfach missbräuchlich ausgeführte Exstirpation gesunder Organe behufs Heilung irgend welcher Geisteskrankheit. Rechtfertigt ein chirurgisches Leiden aber an sich einen operativen



Eingriff, so darf der Umstand, dass die Pat. gleichzeitig geisteskrank ist, nicht von der Vornahme der Operation abhalten.

Besonders beschäftigt sich der Aufsatz mit dem Einflusse gynäkologischer Operationen auf die Psyche. Auffällig bleibt die von vielen Seiten schon hervorgehobene Häufigkeit gynäkologischer Erkrankungen bei geisteskranken Frauen. Rohé fand bei 60%, Davenport bei 80%, Hobbe bei 93%, P. selbst bei 89% der untersuchten Frauen Erkrankungen der Genitalien. Auffällig bleibt weiterhin, dass eine gewisse Zahl dieser Kranken mit Heilung des Unterleibsleidens auch psychisch gesundet.

Bei einer Gruppe von Kranken entwickelt sich das psychische Leiden ganz parallel der Erkrankung der Genitalien. In einigen dieser Fälle kennt die Kranke ihr Leiden und wird durch dasselbe gemüthlich deprimirt; in anderen ist sie sich desselben nicht bewusst, und erst die gynäkologische Untersuchung lässt es auffinden. In beiden Fällen kann eine chirurgische Behandlung auch eine Heilung der Geistesstörung herbeiführen. — Bei einer zweiten Gruppe handelt es sich um Kranke mit zwar bereits länger bestehender Geistesstörung, bei welchen aber das gynäkologische Leiden Wahnvorstellungen und Aufregungszustände veranlasst, die durch einen operativen Eingriff gebessert oder beseitigt werden. In einer dritten Gruppe unterstützt und beschleunigt die chirurgische Beseitigung körperlicher Leiden die schon begonnene psychische Gesundung.

P. will operativ eingreifen bei allen Affektionen, die zu Erschöpfungszuständen (Metrorrhagie) führen oder eine Infektionsgefahr bedingen, bei allen, die den Ausgangspunkt für Wahnvorstellungen bilden können, bei allen, die geeignet sind, eine Störung der allgemeinen Sensibilität hervorzurufen, wie Uterusfibrome, Ovarialcysten etc. — Kontraindikationen bilden für ihn nur Demenz und allgemeine Paralyse.

Unter 66 von ihm gynäkologisch untersuchten geisteskranken Frauen fand P. nur 7 frei von Genitalerkrankungen. Von 18 Operationen führten 10 zur völligen Heilung, 4 zu einer Besserung der psychischen Störung; in 3 Fällen blieb der Zustand unverändert; eine Kranke starb. — Schlechte Aussichten für eine Besserung der seelischen Störung durch eine Operation bietet die Hysterie. Daraus, dass gerade bei Hysterischen so häufig vergeblich operirt wurde, erklärt P. die wenig ermuthigenden Resultate mancher anderen Operateure.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

20) **R. Stierlin.** Schädelbasisfraktur mit Lähmungen im Gebiete des X. und XII. Hirnnerven.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Intrakranielle Verletzungen des IX.—XII. Gehirnnervenpaares sind bisher nur sehr selten beobachtet worden. Um so interessanter ist der hier publicirte Fall,

bei welchem schon gleich nach der Verletzung, nämlich Fall von einem Heuwagen herab auf den Kopf, eine Schädigung des X. und XII. Gehirnnerven angenommen werden konnte; denn vom Momente der Verletzung an konnte Pat. nicht mehr so gut wie vorher sprechen und war im Schlucken behindert. Die genaue klinische Untersuchung ergab eine Lähmung der rechten Zungenhälfte, der rechten Hälfte des Gaumensegels, eine Parese des rechten Stimmbandes und eine fast völlige Paralyse der rechten Mm. constrictores pharyngis. Es waren also N. vagus und hypoglossus durch die Verletzung, eine Ringfraktur um das Foramen magnum, wie S. annahm, verletzt, resp. geschädigt. Die Sektion, welche 7 Wochen nach dem Unfalle erfolgte, bestätigte im Großen und Ganzen die diagnostische Fertigkeit des Verf.

Eine besondere Besprechung ist noch der Lähmung der rechten Seite des Gaumensegels gewidmet, da sowohl der oben beschriebene Fall, wie neuere Thierexperimente dafür sprechen, dass das Gaumensegel von Nervenfasern innervirt wird, welche in ihrem ersten Ursprunge dem N. vagus angehören. Besonders sprechen dafür die Experimente von Rethi. Unter dieser Voraussetzung nun, dass die motorischen Gaumennerven von der Vaguswurzel entspringen, kann der N. facialis zwischen seiner Wurzel und dem Canalis Fallopii nicht, wie dies bisher angenommen wurde, motorische Fasern für das Velum führen. Dadurch bedarf das bekannte Erb'sche Schema vom Facialis und seinen Beziehungen zu der Innervation der Gaumenmuskulatur einer Modifikation. Wenn diese Anschauungen auch nach des Verf. Ansicht weiterer Bestätigung und noch mehr sicherer Befunde bedürfen, so geht doch aus der Anregung, die der beobachtete Fall giebt, hervor, welche Wichtigkeit er für die Anatomie und Physiologie der Vagus- resp. Facialisinnervation besitzt. Daneben sind noch manche Einzelheiten, welche hier nicht näher präcisirt werden können, interessant genug, die Arbeit genauer zu studiren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

21) **Sehrwald.** Zur Behandlung der Gehirnhyperämie.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Verf. hat in einem Falle von Hitzschlag mit sofortigem Erfolge durch Einschlagen der unteren Körpertheile in heiße feuchte Tücher das Blut vom Gehirne abgeleitet und die sehr bedrohlichen Erscheinungen beseitigt.

Herm. Frank (Berlin).

22) **Delanglade** (Marseille). Abcès mastoïdien extradural et phlébite des sinus. — Rapport par Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 518.)

Das Interesse des Falles liegt in dem etwas eigenthümlichen Verlaufe. Das 10jährige Kind, das 4 Jahre vorher während 3 Monaten an doppelseitigem Ohrenflusse gelitten hatte, war erst seit 2 Tagen von Neuem erkrankt, hatte reichliche Eiterabsonderung aus dem Mittelohre. D. trepanirte, ohne dass am Warzenfortsatze Zeichen einer Entzündung bestanden, und entleerte einen Abscess von Fingerhutgröße zwischen Knochen und Gehirnhaut. Nur wenige Stunden hielt Besserung an; dann zeigten sich von Neuem Fieber, Schmerzen, Schwellung und Röthung der Schläfe und des Halses. Daher legte D. 4 Tage nach der 1. Operation den Sinus innerhalb der Pars mastoidea in ganzer Länge frei — er war gelbröthlich verfärbt — ohne ihn jedoch zu eröffnen, und machte in den folgenden Tagen feuchte Sublimatumschläge. Am Tage nachher kam es zu einer Osteomyelitis des Oberschenkelknochens, der sogleich trepanirt wurde. Danach Verschwinden der Schmerzen, Abfall des Fiebers, Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

23) **A. Singer.** Über einen mit günstigem Erfolge operirten linksseitigen otitischen Schläfenlappenabscess.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 46 u. 47.)

Bei einem 20jährigen Manne traten 8 Tage nach Radikaloperation wegen chronischer Otitis mit zunächst durchaus reaktionslosem Verlaufe schwere Gehirn-

symptome auf, sensorische und optische Aphasie und Paraphasie als Herderscheinung neben Hirndruck, Verstopfung etc. Bei der neuen Meißeltrepanation innerhalb der Bergmann'schen Grenzen und nach Eröffnung eines ca. 5 qcm großen Feldes entleeren sich ca. 30 g Eiter in spontanem Durchbruche aus der Gegend der 1. und 2. Schläfenwindung. Ausgang in Heilung.

Herm. Frank (Berlin).

24) **Wanach.** Über zwei Fälle von Thrombose des Sinus transversus.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 4.)

Im 1. Falle Heilung nach Eröffnung des Sinus, trotzdem Lungeninfarkte hinzukamen.

Im zweiten erstreckte sich die Thrombose schon auf die Jugularis interna; dieselbe wurde unterhalb des Endes des Thrombus unterbunden, der Sinus eröffnet. Pleuritis, Meningitis, Übergreifen der Thrombose über das Torcular Herophili nach der anderen Seite, Tod.

Haeckel (Stettin).

25) **Warnecke.** Elf Fälle von chronischem Empyem des Antrum Highmori, geheilt durch Behandlung vom unteren Nasengange nach der Methode von H. Krause-Fierländer.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. X. p. 255.)

W. empfiehlt die oben genannte Methode auf das Wärmste, da er recht gute Erfolge gehabt hat. Er spült nach der Eröffnung der Höhle nur 2mal aus, bläst danach gut aus und treibt dann nur noch Jodoformpulver hinein. Auf diese Weise wurden die Fälle geheilt mit einer Behandlungsdauer von durchschnittlich 25 Tagen!

Manasse (Straßburg i/E.).

26) **Rammstedt.** Über eine eigenthümliche Pfählungsverletzung. (Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Halle a/S.).

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Bei einem 28jährigen Arbeiter, der von einem anderen mit einer abgebrochenen Latte ins Gesicht geschlagen worden, war ein Holzsplitter der letzteren (14 cm lang, oben $1^1/_2$ cm und unten $^1/_2$ cm breit) unterhalb des linken Bulbus in die Orbita eingedrungen, hatte schräg das linke Siebbein, die linke Oberkiefer-, die Nasen- und rechte Oberkieferhöhle durchbohrt und war zwischen rechtem Kiefergelenke und Proc. coronoideus des Unterkiefers stecken geblieben. Die Entfernung des Splitters gelang leicht; der drainirte Wundkanal heilte ohne Zwischenfälle.

Kramer (Glogau).

27) **Loos.** Zur Statistik des Lippenkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Verf.'s Ausführungen stützen sich auf 565 Fälle aus der v. Bruns'schen Klinik. Krebs der Unterlippe war 17mal häufiger als solcher der Oberlippe; ersterer befiel 6mal häufiger Männer als Frauen, letzterer vertheilte sich gleichmäßig auf beide Geschlechter. Die Disposition zur Erkrankung wächst bis ins hohe Alter, die meisten Pat. standen zwischen dem 66. und 70. Lebensjahre. Eine besondere Disposition seitens Pfeifenraucher konnte nicht festgestellt werden. Bei Oberlippencarcinom waren nur ausnahmsweise, bei Unterlippencarcinom in 75% die regionären Drüsen erkrankt. Entfernte Metastasen kamen nur selten vor.

Die Operation bestand meist in Keilexcision, der in $^1/_3$ der Fälle eine Plastik (nach Jaesche) angeschlossen wurde. Recidive nach Unterlippencarcinom traten in 33% der Fälle, und zwar meist innerhalb des ersten Halbjahres, auf. Wo nach 3 Jahren und mehr wiederum Carcinome entstanden, schien es sich meist um Neuerkrankungen zu handeln. Von den ersten Recidiven wurden noch 11,7%, von den zweiten nur 1,1% mit günstigem Ausgange operirt. Absolut schlecht war die Prognose nach ausgedehnten Kieferresektionen.

Bei der Operation des Oberlippencarcinoms war das Endresultat günstig in 77,2%, ungünstig in 20,8% der Fälle. **Honsell** (Tübingen).

28) **J. Gugenheim.** Zwei Fälle von angeborener vollständiger Halsfistel.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. X. p. 339.)

Das Bemerkenswerthe an den Fällen ist, dass die beiden Pat. Brüder waren. **Manasse** (Straßburg i/E.).

29) **E. Barth.** Ein bemerkenswerther Fall von Kehlkopfkrebs.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. X. p. 330.)

B. berichtet über einen Fall von Carcinom, der von der rechten Plica aryepiglottica und dem rechten Taschenband ausgegangen war. Pat. hatte gleich bei der 1. Untersuchung ein großes krebsiges Drüsenpacket am Halse, so dass von einer Radikaloperation Abstand genommen werden musste. Dagegen konnte dem Pat. durch intralaryngeale Abtragung der 4 g schweren Kehlkopfgeschwulst monatelang Erleichterung geschafft werden. Bemerkenswerth sind die Metastasen; solche fanden sich in den Halslymphdrüsen, im Ösophagus und Magen. (Sektion fehlt!) **Manasse** (Straßburg i/E.).

30) **Bennecke.** Kropfexstirpation bei Basedow'scher Krankheit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Von den 3 operirten Fällen war 1 am Abend der Operation im plötzlichen Collaps gestorben. Die beiden anderen zeigten Besserung aller Symptome. Besonders in dem einen Falle war der außerordentliche Rückgang des Exophthalmus bemerkenswerth. **Borchard** (Posen).

31) **M. Schlifka.** Ein neues Cystoskop zum Katheterismus der Ureteren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Das vorliegende Instrument (Abbildung im Originale) ist nach dem Principe des Casper'schen Ureterencystoskopes gebaut, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von demselben. Beibehalten sind die Führung des Kanales für den Katheter an der oberen Seite und die handliche Knickung des Fernrohres durch eingeschaltete Prismen.

An dem vesicalen Ende der Katheterrinne befindet sich das Albarran'sche Züngelchen, das mittels einer am Handgriffe befindlichen Schraube nach Bedarf erhoben werden kann. Doch befindet sich bei dem S.'schen Instrumente dasselbe im Rohre verborgen, nicht wie bei Albarran dem Rohre aufsitzend, wodurch eine Verletzung der Harnröhre beim Einführen unmöglich gemacht wird. Durch die Anbringung dieser zur Änderung der Krümmung des austretenden Harnleiterkatheters dienenden Vorrichtung entfällt das lästige Hin- und Herschieben des die Rinne verschließenden Deckels, der bei dem Casper'schen Cystoskope demselben Zwecke dienen soll. Damit werden auch die sonst unvermeidlichen Erschütterungen des Apparates und Verschiebungen des eingestellten Blasenbildes vermieden, weil die kleinste, unmerkbarste Drehung der Schraube die Hebung der Katheterspitze besorgt.

Als weiterer Vorzug dieser Anordnung ist zu betrachten, dass durch die Möglichkeit, das Prisma und das Ende des Sondenkanales auf 4 mm zu nähern, die Spitze des austretenden Katheters schon im Gesichtsfelde erscheint, wenn nur 6 mm desselben vorgeschoben werden. Hierdurch ist die Schwierigkeit, den Katheter in die Harnleitermündung einzuführen, natürlich erheblich herabgesetzt.

Der weite Sondenkanal gestattet die Einführung ziemlich dicker Katheter. Soll der Harnleiterkatheter liegen bleiben, so erfolgt dessen Herausheben aus der Rinne mittels eines diese ausfüllenden Stabes ganz so wie bei dem Casper'schen Instrumente.

Das Instrument ist von der bekannten Firma Leiter in Wien angefertigt. **Hübener** (Dresden).

32) J. Schnitzler. Verletzung der Blasenschleimhaut durch Kontusion der Unterbauchgegend.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 10.)

33) S. Dorf. Bemerkungen zu diesem Artikel.

(Ibid. No. 13.)

Ein 15jähriger Schusterlehrling hat einen stark belasteten Handwagen ziehen müssen, wobei der Gurt, womit der Wagen gezogen wurde, über seine Unterbauchgegend lief. Bald danach treten Schmerzen, spontan, noch mehr bei Druck, häufigerer Harndrang und viel Blut im Urin auf. Die Cystoskopie ergiebt an der vorderen Blasenwand 2 linsengroße, von Blutgerinnseln theilweis bedeckte Vertiefungen, deren Ränder von zackig eingerissener Schleimhaut gebildet waren. Diese Läsion heilte glatt aus. Das Analogon zu derselben bildet ein Fall von Zuckerkandl bei einem 33jährigen Manne, wo die Hämaturie bei Gelegenheit des Herniederbeugens über einen scharfen Fassrand, um vom Grunde des Fasses mit starker Anstrengung einen Gegenstand herauszuholen, auftrat.

S. fasst das Ereignis mit Bezug auf die Unfallgesetzgebung »wegen der Geringfügigkeit des Trauma«, und weil es sich nur um eine forcirte Anstrengung im Bereiche des normalen Arbeitsbetriebes handele, nicht als Betriebsunfall auf, eine Ansicht, welche von D. im 2. Artikel mit guten Gründen zurückgewiesen wird. Die Bedeutung der Möglichkeit einer solchen hier thatsächlich nachgewiesenen Schädigung für eventuelle Infektion und Folgezustände liegt aber auf der Hand.

Herm. Frank (Berlin).

34) Sujetinow. Zur Frage der Harnblasenrisse. (Aus dem Twerschen Semstwo-Krankenhause.)

(Chirurgica Bd. V. p. 549. [Russisch.])

35) Klimenkow. Fall von Riss der Harnblase und der Harnröhre.

(Ibid. p. 554.)

Der Abhandlung liegt folgender Fall zu Grunde. Ein athletisch gebauter Arbeiter hatte mit einem Kameraden ein Cementfass von ca. 4 Centnern gehoben. Beim Niederlassen der Last auf die Erde fühlte er einen plötzlichen heftigen Schmerz in der Gürtelgegend und in den Beinen. Er erholte sich eine halbe Stunde und arbeitete dann weiter mit geringen Schmerzen, kein Blut im Urin, Stuhl gut. Nach 8 Tagen hatte er sich gegen Abend auf 2 Stunden schlafen gelegt, wobei er mit dem Bauche auf der Erde lag. Als er erwachte, fühlte er im Unterleibe starke Schmerzen, die von den Leisten ausstrahlten. Außerdem vermehrten sich die Schmerzen in der Gürtelgegend, und er konnte nur schwer athmen. So konnte er kaum nach Hause gelangen. Urin konnte er nicht lassen, trotz starken Dranges dazu. Der Kranke macht den Eindruck eines schwer Leidenden, kann sich kaum auf den Beinen halten. Der Leib ist leicht aufgetrieben, schmerzhaft, die Bauchmuskeln äußerst gespannt, die Körperhaltung gekrümmt. Im unteren Theile des Leibes ist der Perkussionsschall gedämpft, oben hell tympanitisch. Puls schwach, beschleunigt. Mit dem elastischen Katheter wird etwa 1 Liter bräunlich gefärbten Urins entleert, worauf sich der Kranke etwas erleichtert fühlte. In den nächsten 24 Stunden hat er auch einmal selbst etwas Urin entleeren können. Er isst nichts, kann nicht liegen, sondern sitzt auf dem Stuhle. Temperatur 36,9°. Am 2. Tage Temperatur 36,0—37,0°, Puls 156. Der Urin wird mit dem Katheter entleert. Am 3. Tage Morgentemperatur 35,9°, Abends 37,4°, Puls nur in der Schenkelarterie zu fühlen, 100 in der Minute. Tod. Bei der Sektion findet sich im Leibe etwa ein Liter urinähnlicher Flüssigkeit, im kleinen Becken ein Theelöffel Eiter. Die Därme sind verklebt — eitrige Peritonitis. Die Blase erwies sich in der ganzen Ausdehnung ihres Peritonealüberzuges gerissen. Es hatte sich also damals beim Heben der Last offenbar nur um einen unvollständigen Blasenriss, also der Schleimhaut und der Muskulatur gehandelt, und 8 Tage später war dann noch der Rest der Blasenwandschicht

durchgerissen. Besonders hebt S. an seinem Falle die Abwesenheit des Erbrechens beim Vorhandensein einer eitrigen Bauchfellentzündung hervor.

In K.'s Falle war ein Lehrer, als er aus einem Boote ans Land springen wollte, zu kurz gesprungen, ins Wasser gefallen und hatte hier rittlings mit dem Damme auf einen unter der Wasseroberfläche befindlichen Pfahl aufgeschlagen. Eine äußere Wunde war nicht vorhanden. Die Schwellung und Harninfiltration nahm so zu, dass ein Arzt in Chloroformnarkose die Bauchdecken wie bei Sectio alta durchtrennte, wodurch dem um die Blase angesammelten Urin Abfluss verschafft wurde. Die zusammengefallene Blase wurde in Ruhe gelassen. Dann folgte Brand des Hodensackes, Abscess am Damme, Aufbruch desselben und die Bildung einer Harnröhrenfistel. Der Kranke wurde geheilt entlassen.

(Einen seltenen Fall von Heilung einer Harnblasenruptur beobachtete ich im Jahre 1898 gelegentlich einer Konsultationsreise nach Russland. Der Pat. war zwischen einen schweren Wagen und einen Thorflügel gerathen und hatte eine starke Quetschung des Beckens und Unterleibes erlitten. Ich fand ihn in so tiefem Collaps, dass an eine Operation im Augenblicke nicht gedacht werden konnte. Im Bauchraume war perkutorisch ein freier Erguss nachzuweisen, der mit Veränderung der Körperlage seinen Ort entsprechend veränderte. Unter heftigen Schmerzen war aus der Harnröhre etwas Blut gekommen. Nach den vorliegenden Symptomen musste auch eine Beckenfraktur angenommen werden. Auf Kampherinjektionen und warme Wassereinläufe erholte sich der Kranke bis zum andere Morgen so weit, dass er zu mir nach Königsberg transportirt werden konnte, und nach circa 2monatlicher Behandlung konnte der Pat. als geheilt entlassen werden. Der Harnblasenriss hatte sich offenbar schnell verlegt, so dass für einen operativen Eingriff kein dringender Grund mehr vorhanden war. Ref.)

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

36) **M. Margulier.** Über Fremdkörper in der Harnblase.

(Chirurgia Bd. V. p. 517. [Russisch.])

Ausführliche Arbeit über obiges Thema unter Beibringung zweier Fälle aus der Abtheilung für Harnkrankheiten im Odessaer Stadtkrankenhause (Direktor Dr. Marjophes). Im ersten hatte die Anamnese gar keinen Anhalt gegeben, dass die Blase des 78jährigen Pat., dem mit Erfolg eine Steinzertrümmerung gemacht worden war, noch außerdem eine ganze Anzahl Bruchstücke eines Nélatonkatheters beherbergte. So wurden in einer Sitzung 7 inkrustirte Stücke von 2—3 cm Länge mit dem Lithotriptor entfernt, worauf die Blasenbeschwerden aufhörten. Der Kranke erinnerte sich erst hinterher, dass irgend einmal — wann, vermochte er nicht anzugeben — ihm beim Einführen ein Katheter aus der Hand geglitten und in die Blase geschlüpft sei.

M. führt als Erklärung dieser mangelhaften Anamnese die Erfahrung an, dass abgebrochene Katheterstücke in der Blase sehr lange ohne irgend welche unangenehme Erscheinungen verweilen können, bis sie dadurch, dass sich Phosphate auf ihnen niederschlagen, zur Bildung von Blasensteinen geführt werden, und die Kranken erst dann ärztliche Hilfe aufsuchen.

Der 2. Fall ist seltener als der erste. Der 35jährige Pat. hatte sich Mangels eines Katheters einen Gummischlauch in die Harnröhre geführt, von welchem »ein Stückchen« abgerissen und in der Blase geblieben war. Der Lithotriptor zog aus der Blase einen Gummischlauch von 105 cm heraus.

(Ich erinnere mich mit lebhaftem Interesse einer eigenartigen Scene, deren Augenzeuge ich gelegentlich eines Besuches in der Berner Klinik im Jahre 1886 war. Herr Prof. Kocher hatte einem etwas phlegmatischen Pat., dem in den letzten Tagen ein Stück eines elastischen Katheters in der Blase stecken geblieben war, dieses mit einem kleinen Lithotriptor im Handumdrehen extrahirt und hielt es ihm in der Erwartung der selbstverständlichen Antwort, dass es das richtige sei, vor die Augen. Unter allgemeiner Heiterkeit der Corona erklärte der Pat., dass es dieses Stück nicht gewesen. Kocher geht wieder mit dem Instrument ein, fasst und bringt wieder ein Katheterfragment zu Tage, und auch dieses war nicht das

richtige. Erst als dann das 3. Stück herausgezogen war, nickte der Kranke zustimmend und war jetzt zufrieden. Welch wunderbarer Zufall, dass die Katheterstücke in dieser Reihenfolge ans Tageslicht kamen. Wäre das neueste Stück auch zuerst gefasst worden, so wäre wahrscheinlich der Kranke mit seinen anderen beiden Katheterstücken auf Jahre ruhig wieder abgezogen. Ref.)

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

37) **O. Zuckerkandl.** Einige seltenere Konkretionen der menschlichen Harnwege.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Verf. theilt 3 Beobachtungen von Harnröhrensteinen im engeren Sinne des Wortes mit, die ein Kind von $3^{1}/_{2}$ Jahren, einen 16jährigen Burschen und einen 55jährigen Mann betrafen. Bei den beiden ersteren wurde durch Operation der in der Pars membranacea gelegene Stein entfernt bei primärer Naht der Wunde und Dauerkatheter mit glatter Heilung. Im letzteren Falle konnte der Stein in die Harnblase gestoßen werden, von wo aus er nach einigen Tagen spontan entleert wurde (Länge 28 mm, Breite 12 mm).

Weiter wird eine Beobachtung von 3 taubeneigroßen Präputialsteinen bei einem 63jährigen Pat., ebenfalls mit Abbildung derselben, mitgetheilt.

Den Schluss der Abhandlung bildet die Krankengeschichte einer 55jährigen Frau, bei welcher cystoskopisch und radioskopisch ein in der Blasen-Harnleitermündung sitzendes Konkrement nachgewiesen wurde; dasselbe konnte nach Dilatation der Harnröhre mit dem Finger von der Blase aus in die Scheide vorgedrängt und dann mittels eines kleinen Einschnittes bloßgelegt und entwickelt werden. Dauerkatheter in die Blase. Scheidenwunde wurde mit einigen bis auf die Harnleiterschleimhaut dringenden Seidenfäden geschlossen. Günstiger Verlauf.

Der abgebildete Stein besteht aus 2 Antheilen, die durch einen schmalen Hals (der Harnleitermündung entsprechend) zusammenhängen; der kleinere Antheil ragte in die Blase, der größere war in dem ampullenförmig ausgedehnten visceralen Theile des Harnleiters eingeschlossen.

Aus diesem Befunde schließt Z. die Natur seines Konkrementes als eines »wahren Uretersteines«, d. h. eines Steines, der auf der Grundlage eines kleinen, aus der Niere stammenden Konkrementes im Harnleiter stabil gesessen und sich dort an Ort und Stelle vergrößert habe, ohne nennenswerthe Erscheinungen von Harnleiterverschluss ausgelöst zu haben. **Hübener** (Dresden).

38) **Martens.** Gutartige Zottengeschwulst der Blase.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

König hatte bei einem 22jährigen Manne, der an starkem Blutharnen litt, eine kleinapfelgroße, dicht über der Einmündung des rechten Harnleiters sitzende Geschwulst durch Sectio mediana entfernt und den Defekt in der Wand der Harnblase primär vernäht. Da die Geschwulst im Fundus der Blase, also in sehr großer Tiefe saß, so musste die Blase sehr weit eröffnet werden. Aber auch dann war es erst möglich heranzukommen, als die Blase vorgezogen und die Wunde mit breiten Speculis aus einander gehalten war.

Borchard (Posen).

39) **Hochenegg.** Zur klinischen Bedeutung der Nierendystopie. Ein Fall von operirter Beckenniere.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen der ungemein seltenen Fälle von dystoper Niere zu operiren:

Die 52 Jahre alte Pat. litt hauptsächlich an hartnäckigster Stuhlverstopfung mit allen Konsequenzen; trotz Abführmittel und Massage nur alle 10—14 Tage Stuhl. Pat. war 7mal schwanger, 4mal trat Abort resp. Frühgeburt ein, nur 3mal wurde die Schwangerschaft beendigt; die Geburten waren von sehr langer Dauer

und erfolgten jedes Mal in Steißlage. Letzte Entbindung vor 20 Jahren. Seitdem Steigerung der Stuhlbeschwerden, nervöse Erscheinungen, die für Hysterie gehalten wurden. Bei kombinirter Untersuchung wurde seitens eines Gynäkologen, so wie seitens H.'s eine im kleinen Becken gelegene Geschwulst für ein Myom gehalten und von Schauta mittels hinteren Vaginalschnittes operativ angegangen. Wider Erwarten fanden sich die Adnexe und Uterus vollkommen normal, die Geschwulst lag retroperitoneal zwischen Mastdarm und der Vorderfläche des Kreuzbeines. Die Scheidenwunde wurde geschlossen und 2 Tage später von H. in Anbetracht der Lage der Geschwulst, deren oberer Pol etwa in der Höhe des Promontorium lag, nach Analogie eines mäßig hoch gelegenen Mastdarmcarcinoms auf sacralem Wege wie bei letzterer Affektion ein Zugang zu der Geschwulst geschaffen. Dieselbe lag in lockeres Fettgewebe eingebettet. Erst nach Spaltung desselben wird der Charakter der Geschwulst als Niere klar. Eine größere von oben her gegen sie ziehende Arterie reißt ein, wird gefasst und unterbunden. Dieser Umstand ist mitbestimmend für die Exstirpation der nicht vergrößerten, in der Kreuzbeinaushöhlung gelagerten Niere, was nach Unterbindung und Durchtrennung der weiteren, an der vorderen Fläche gelegenen Hilusgefäße leicht gelang. Tamponade des Nierenbettes mit Jodoformgazestreifen. Fast fieberloser Verlauf, der am 4. Tage durch schwere psychische Erregungszustände, die zeitweise in wahre Tobsuchtsanfälle ausarteten, gestört wurde. Harnentleerung normal, vom 2. Tage an über 1560 ccm; in der Annahme einer Jodoformintoxikation Entfernung der Jodoformgaze. Doch hörten die Anfälle erst 14 Tage später auf, als die Stuhlentleerung völlig geregelt war. Seitdem meist spontan ausgiebige Stuhlentleerungen, die nervösen Erscheinungen sind zurückgegangen.

Die in einer Abbildung wiedergegebene Niere zeigt die kongenital verlagerten Nieren wesentlichen Formabweichungen; sie ist plump, kuchenförmig, dabei an der oberen Hälfte embryonal gelappt. Die Form ist fast dreieckig, die Länge beträgt 8 cm, die Breite 7 cm, der Dickendurchmesser 3 cm. An der ebenen vorderen Fläche liegt der Hilus, die hintere Fläche ist konvex und fügte sich vollkommen der Kreuzbeinaushöhlung an.

H. hebt besonders hervor, dass die in Frage stehende Niere kleiner als normal gewesen war, da er aus diesem Umstande auf das Vorhandensein einer zweiten Niere rechnen durfte.

Letzterer Punkt ist besonders wichtig, da relativ nicht so selten die Dystopie mit Fehlen der anderen Niere kombinirt ist. Von 9 operirten Fällen gingen 3 an Anurie in Folge Fehlens der anderen Niere zu Grunde. Daher empfiehlt sich stets vorher eine Harnleitersondirung, die auch in diagnostischer Hinsicht werthvollen Aufschluss aus der Kürze des zu der dystopen Niere ziehenden Harnleiters gegenüber der normalen Länge des anderen liefern kann, wenn einmal bei einer retroperitoneal gelegenen Geschwulst der Verdacht auf Nierendystopie auftaucht.

Bemerkenswerth ist, dass mit Ausnahme eines einzigen Falles von Müllerheim alle einschlägigen Fälle unter falscher Diagnose operirt wurden.

Bezüglich der Indikationsstellung zur Operation bemerkt H. Folgendes: Ist die dystope Niere so erkrankt, dass an und für sich ein operatives Vorgehen indicirt ist, so soll operirt werden, ferner dann, wenn durch die dystope Niere ein unüberwindliches Geburtshindernis gegeben ist (Fall Cragin). Anderenfalls nur, wenn sehr bedeutende Beschwerden bestehen (hartnäckige Stuhlverhaltung mit Schädigung des Allgemeinbefindens), die auf eine Verdrängung der Organe durch die dystope Niere bezogen werden müssen, vorausgesetzt, dass die andere Niere vorhanden ist und normal funktionirt.

Das operative Vorgehen wird durch die Lage der dystopen Niere bedingt. Da dieselbe der Gegend der Symphysis sacro-iliaca oder der Exkavation des Kreuzbeines angehört, stets retroperitoneal liegt, da ferner die zahlreichen Gefäße von vorn in die Niere einmünden, ist die in 8 operirten Fällen 7mal ausgeführte Laparotomie beschwerlich und wegen der Lage der Gefäße gefährlich. »Wenn sich eine Erkrankung für die Operation auf sacralem Wege eignet, so ist es die dystope Niere, gleichviel ob normal oder pathologisch verändert.« **Hübener** (Dresden).



40) Chavannaz (Bordeaux). Néphrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 487.)

Wegen einer seit 8 Tagen bestehenden, durch Kompression der Harnleiter durch ein Uteruscarcinom bedingten Anurie machte C., als bereits urämische Symptome aufgetreten waren, die Nephrostomie der rechten Niere. Er wählte diese Seite, weil die rechte Niere bis zum Nabel herabreichte, während die linke überhaupt nicht gefühlt werden konnte. Vorübergehend kam es 2 Tage nach der Operation noch einmal zu einer spärlichen Sekretion der linken Niere. Die Funktion der rechten reichte indess aus. Die urämischen Symptome schwanden. Pat. lebte noch nach mehr als 5 Monaten nach Anlegung der Nierenfistel.

Reichel (Chemnitz).

41) Kirmisson. Sur une forme particulière d'hydronéphrose qu'on pouvait appeler »hydronéphrose externe ou sous-capsulaire«.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 495.)

Ein 12jähriges Mädchen litt seit 3 Jahren an Schmerzanfällen in der linken Seite, mit Erbrechen verbunden, die Anfangs selten, später in unregelmäßigen Zwischenräumen von 1—3 Monaten, schließlich fast täglich auftraten. Man fühlte unter dem linken Hypochondrium eine Geschwulst, die abwärts bis zur Höhe des vorderen Darmbeinstachels, median bis zur Mittellinie reichte, lateralwärts sich in der Lendengegend verlor, deutliche Fluktuation zeigte. — Bei der Nephrotomie mittels Schrägschnittes kam K. zunächst auf einen dünnwandigen Cystensack, aus welchem sich eine große Menge Urin entleerte und in dessen Tiefe erst die von ihrer Kapsel völlig entblößte Niere lag. K. incidirte auch sie noch mit Sektionsschnitt, entleerte aber nur wenig klaren Urin. Es handelte sich also um eine subkapsuläre Hydronephrose. K. vernähte die Ränder der Kapselwunde mit der Haut. Es blieb zunächst noch eine Urinfistel zurück. **Reichel** (Chemnitz).

42) V. S. Grusdew. Über Scheidenfibromyome.

(Wratsch 1900. No. 8—10.)

G. beschreibt 3 Fälle. Von speciell chirurgischem Interesse ist der 3. Fall: Bei einer 32jährigen Virgo intacta wurde von der Hinterwand der Scheide ein 12 : 9 : 6 cm großes Fibromyom entfernt. Pat. war schon vor der Operation sehr heruntergekommen und ikterisch; nach derselben wurde der Durchfall noch stärker, und nach 6 Tagen trat der Tod ein. Bei der Sektion fand man eine überfüllte Gallenblase und an der Einmündung des Gallenganges in den Zwölffingerdarm eine kaffeebohnengroße Geschwulst, durch die der Gallengang durchging. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Drüsenkrebs, dessen Ausgangspunkt die Drüsen der Gallengangsschleimhaut zu sein schienen. Diese Lokalisation ist sehr selten. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

43) A. W. Perschin. Ein Fall von Kaiserschnitt wegen Uterusmyom, später Laparotomie wegen Echinokokken der Bauchhöhle.

(Journal der Ärztegesellschaft an der Universität Kasan 1899. Hft. 2. [Russisch.])

Der konservative Kaiserschnitt wurde an der 24jährigen Pat. wegen eines Myoms gemacht, das hinten von der Cervix ausging und das kleine Becken ausfüllte. Nach der Operation verkleinerte sich die Geschwulst zusehends und war nach 7½ Monaten ganz verschwunden. Ein Jahr später fand man im Bauche 2 bewegliche Geschwülste und hielt sie für Ovarialcysten. Die Operation wurde verweigert und erst nach weiteren 14 Monaten ausgeführt, als sich Pat. für schwanger hielt und außer den beiden Geschwülsten eine dritte hinter dem Uterus gefunden und für ein von Neuem wachsendes Myom gehalten wurde. Bei der Operation erwiesen sich die 3 Geschwülste als Echinococcusblasen; 2 saßen im Netz, die dritte im Beckenzellengewebe. Keine Schwangerschaft. Nach Entfernung der Blasen volle Heilung, die auch nach 9 Monaten konstatirt werden konnte. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

44) **Hartmann.** Stieldrehung der Tube.

(Soc. d'obstétr. de gynécol. et de paediatrie 1900. Februar 2.)

H. berichtet über 5 Fälle von Stieldrehung der Tube, welche er selbst beobachtet hat. Außerdem hat er noch weitere 10 anderwärts beobachtete Fälle zusammengestellt. In den meisten Fällen war die Tube allein gedreht, seltener gleichzeitig der Eierstock. Die Drehung fand sich meist auf der rechten Seite. Die Zahl der Drehungen schwankte zwischen 1- und 4mal.

Klinisch sind 2 Formen zu unterscheiden:

Bei der 1. Form plötzliches Einsetzen von Symptomen wie bei Appendicitis oder Darmverschluss. Dabei sind die Stielgefäße thrombosirt.

Bei der 2. Form kommen auf einander folgende Schmerzattacken zur Beobachtung, welche mehr oder weniger unter dem Bilde einer Nierensteinkolik verlaufen. — In beiden Fällen rasche Entstehung einer Adnexgeschwulst.

Neck (Chemnitz).

45) **H. Wunderli.** Über bakteriologisch nachgewiesene Infektion von Ovarialcysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet zunächst über folgenden Fall: 31jährige Frau erkrankte akut an peritonitischen Erscheinungen. Klinische Diagnose: Peritonitis, außerdem Geschwulst im Bauche (Achsendrehung?). Bei der Laparotomie findet sich eine geborstene Dermoidcyste des Eierstockes, allgemeine Peritonitis, keine Stieldrehung. Exstirpation der Geschwulst, Auswaschung der Bauchhöhle. Tod an allgemeiner Peritonitis. Aus dem Cysteninhalte und der peritonitischen Flüssigkeit ließ sich ein thierpathogenes Bact. coli züchten. In letzterem sieht Verf. den Erreger der Peritonitis und hält für das Wahrscheinlichste, dass dasselbe durch die Darmwand in die mit ihr verklebte Cyste gelangt sei, dieselbe inficirt und beim Bersten der Cyste zu allgemeiner Bauchfellentzündung geführt habe.

Anschließend giebt Verf. eine sehr eingehende kritische Sichtung und Besprechung des bisherigen kasuistischen Materiales. Er theilt dasselbe ein in Fälle von Infektion nach Punktion, nach Erkrankung des Genitalapparates, nach Typhus, nach Achsendrehung und endlich in solche Fälle, bei welchen wie im seinigen die Infektion scheinbar in ordentlichem Gesundheitszustande erfolgte.

Seine Deduktionen fasst W. zum Schlusse dahin zusammen, dass nicht nur nach Punktion etc., sondern auch bei scheinbarem Wohlbefinden eine Infektion von Ovarialcysten zu Stande kommen kann, und zwar können wenige eingeführte Bakterien genügen, durch rapide Vermehrung den Cysteninhalt zu einem höchst gefährlichen Herde im Bauche der Trägerin zu machen. Die Entfernung solcher Cysten ist dringend geboten, und zwar womöglich ohne Verletzung der Cyste.

Honsell (Tübingen).

46) **Peters.** Ovariotomie per anum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 5.)

Die 37jährige Pat., die außer einem Mastdarmvorfalle von 10 cm Länge eine Eierstocksgeschwulst besaß, die erhebliche Beschwerden verursachte, wollte von 2 Operationen nichts wissen. Daher wurde in einer Sitzung die Beseitigung des Prolapsus und die Ovariotomie vorgenommen. Hochenegg umschnitt den Mastdarm nach maximaler Ausstülpung am Analringe, eröffnete nach Ablösung des Darmes von perirectalem Gewebe den Douglas und schlug nach provisorischer Abbindung den Mastdarm nach hinten. Nach erneuter Desinfektion entfernte P. nach Punktion die Cyste, die von oben in den Douglas hineingepresst wurde, und schloss durch Naht den Douglas. Nunmehr Beendigung der Operation durch Hochenegg. Glatte Heilung.

Hervorzuheben ist, dass eine Hernia rectalis nicht vorhanden war und die Eierstocksgeschwulst sich an normaler Stelle befand. **Hübener** (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 7. Juli.** **1900.**

(Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Kocher in Bern.)

I. Über Folgen der Thyreoptosis.

Von

Albert Kocher,

I. Assistent der Klinik.

Da diese von Prof. Kocher gelegentlich beschriebene Affektion noch wenig Beachtung gefunden hat, so gestatten wir uns, einen Fall mitzutheilen, welcher sowohl bezüglich der Entstehung der Thyreoptosis, als der Folgen derselben Interesse hat.

Die Krankengeschichte der Pat. ist folgende:

Die 49jährige Hausfrau führte ein Drüsenabscess unter dem Ohre her, welcher sich im Anschlusse an eine Influenzaotitis resp. eine Pseudoinfluenzaotitis (durch Streptokokken) entwickelt hatte. Er verursachte ihr hinter das Ohr und in die ganze linke Kopfhälfte ausstrahlende Schmerzen. Im Übrigen fühlte sich die Pat. ganz gesund. Sie ist seit vielen Jahren heiser und kann keine Ursache

für die Änderung der Stimme angeben. Die Heiserkeit blieb sich stets gleich, sie nahm nicht zu. Im Winter litt die Kranke häufig an Husten, dagegen hat sie nie Dyspnoë gehabt, auch bei körperlicher Anstrengung nicht. So lange sie sich erinnern kann, hatte sie einen nach rechts geneigten Kopf und ein etwas schiefes Gesicht. Die Familienanamnese ergab nichts von Bedeutung. Die Pat., deren Streptokokkenabscess incidirt und in 14 Tagen zur Heilung gebracht wurde, bot folgende Eigenthümlichkeiten dar: Der Kopf wird etwas schräg nach rechts gehalten, das Kinn steht etwas nach rechts von der Mittellinie, und es zeigt die Sagittalebene des Gesichtes eine nach rechts konkave Krümmung. Beim Öffnen des Mundes weicht auch der Kiefer nach rechts ab. Das Gesicht ist rechts in allen seinen Theilen verkürzt. Im Ferneren ist die Lidspalte rechterseits kleiner, die rechte Pupille ist gegenüber der linken verengert. Der Bulbus tritt etwas zurück; es besteht eine leichte Ptosis. Die Pat. ist, wie in der Anamnese erwähnt, heiser, und man findet bei der laryngoskopischen Untersuchung das rechte Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung, das linke sich dem rechten vollständig nähernd, so dass Glottisschluss zu Stande kommt. Schwellung ist nicht vorhanden. Die ganze obere Hälfte des Sternums ist gedämpft, die Dämpfung reicht über den rechten Sternalrand 3 Querfinger breit hinaus und hier bis an den unteren Rand der 2. Rippe. Bei der Palpation stößt man im Jugulum auf eine tiefe Resistenz von derb elastischer Konsistenz, welche sich beim Schlucken und Husten hebt, dagegen nicht an den Hals emportritt. Von der Schilddrüse ist am Halse nur ein Processus pyramidalis über dem Jugulum, auf der Trachea fühlbar. Der Ringknorpel steht bloß daumenbreit über dem oberen Ende des Sternums; der rechte Musculus sternocleidomastoïdeus ist etwas dünner als der linke, er springt nicht wesentlich vor. Die Drehung des Kopfes nach rechts ist beschränkt. Der Allgemeinzustand der Pat. ist ein guter. Herz und Lungen sind außer einem leichten Emphysem normal. Abnorme Geräusche sind über der oben erwähnten Dämpfung nicht vorhanden. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind beiderseits gleichmäßig in geringem Grade geschwellt. Ektatische Venen sind am Hals oder Brust nicht vorhanden. Der Schluckakt ist unbehindert. Außer einer rechtsseitigen Inguinalhernie ist sonst am Körper der Pat. nichts Abnormes nachweislich.

Was bei der Pat. zuerst auffiel, war die Kombination einer rechtsseitigen Rekurrens- und Sympathicuslähmung; denn als solche haben wir zweifellos die Verengerung der Lidspalte, der Pupille, das Zurücktreten des Bulbus, die leichte Ptosis aufzufassen. Es war anzunehmen, dass diese Kombination auf einer Schädigung der beiden von unten nach oben laufenden Nerven im Bereiche des Halses beruhte. Am nächsten lag es, als Ursache der Schädigung eine Struma zu suchen, da eine solche diese Lähmungen ziemlich häufig zur Folge hat. Jedoch war von einem Kropfe am Halse nicht das Geringste zu sehen, und die Trachea ließ sich beiderseitig frei abtasten in ganzer Länge. Erst der ins Jugulum eingreifende Finger stieß hier auf eine derb elastische, breite, etwas nach rechts hin gelegene Resistenz, welche beim Schlucken und Husten mit den Halseingeweiden in die Höhe stieg, jedoch nicht an den Hals emportrat. Sie zeigte glatte Oberfläche und war auf Druck nicht schmerzhaft. Dieser Geschwulst entsprach die oben angegebene Dämpfung des Sternums und der oberen rechten Rippengegend. Die Diagnose musste nach diesem Befunde auf Struma profunda in Form eines rein intrathoracischen Colloïdknotens gestellt werden. Irgend welche Anhaltspunkte für ein Aneurysma oder einen anderen Tumor im Mediastinum anticum lagen nicht vor, abgesehen davon, dass die Bewegung beim

Schlucken und das vollständige Fehlen einer Schilddrüse am Halse die Diagnose sicherten. Die Struma intrathoracica, welche in die Thoraxapertur hineinreicht, muss hier, um die Lähmung beider Nerven zu verursachen, durch Druck von vorn und rechts auf die Stelle, wo der Nervus recurrens sich um den Anfangstheil der rechten Arteria subclavia herumschlingt und wo das Ganglion cervicale infimum und thoracicum supremum den Ramus communicans I vom Rückenmarke aufgenommen haben, eingewirkt haben. Was dem Falle jedoch sein besonderes Interesse giebt, ist die Genese dieser Struma intrathoracica, welche bei der Frau klar lag. Der Ringknorpel steht unmittelbar über dem Jugulum, also sehr tief, von einer Schilddrüse ist am Halse gar nichts zu fühlen außer dem bis auf den Larynx hinaufragenden Processus pyramidalis. Dieser Tiefstand von Larynx und Trachea mit dem noch erheblicheren Tiefstande der Schilddrüse hat seine Erklärung in einem Schiefhalse mit Kontraktur leichten Grades des rechten Musculus sternocleidomastoïdeus, welche nothwendigerweise eine Verkürzung des Halses nach vorn und namentlich nach rechts hin zur Folge haben musste. Eine nothwendige Folge des Schiefhalses ist auch die für das Leiden charakteristische Gesichtsskoliose, bei welcher die Höhenentwicklung der rechten Gesichtshälfte zurückgeblieben und in Folge dessen die Mittellinie des Gesichtes nach rechts konkav verbogen ist. Die durch die Muskelkontraktur bedingte beständige Senkung der rechten Gesichts- und Kopfhälfte nach vorn musste nothwendig dem Larynx eine Verschiebung abwärts mittheilen.

Die Thyreoptosis, welche hier ihre Ursache im Schiefhals hatte, hat zumal in Ländern, in denen Kropf vorkommt, in Folge ihrer Häufigkeit eine große Bedeutung, wie wir später unter Beibringung einer großen Kasuistik belegen werden. Sobald sich ein Kropf in der in die Thoraxapertur auch nur theilweise verlagerten Schilddrüse, zumal im Unterhorn ausbildet, so hat er die Neigung, nach dem Thoraxinnern zu wachsen, da er unter Einsinken des Jugulums in Folge stärkerer Inspiration durch den Luftdruck abwärts gedrückt wird, um so mehr, je mehr in der Höhe der Thoraxapertur durch den Kropf eine Verengerung der Trachea mit Behinderung des Luftdurchtrittes durch dieselbe zu Stande kommt.

Auf diese Weise entstehen viele Formen von sog. Asthma und asthmatischen Anfällen, deren wahre Ursache die längste Zeit unklar bleibt, und welche erfolglos mit internen Mitteln behandelt werden. Es wird dies um so begreiflicher, als bei verborgenen Kropfstenosen der Trachea sich gewöhnlich Emphysem entwickelt und dann gar oft in dem Vorhandensein dieser Veränderung der Grund der anfallsweisen Dyspnoë gesucht wird, während derselbe in Wirklichkeit zurückzuführen ist auf zeitweilige Schwellungen der Struma einerseits und auf Retention von Schleim bei Katarrhen andererseits bei verengter Trachea.

In dem vorliegenden Falle hatten wir es nur mit einer mäßigen Vergrößerung der in den Thorax verlagerten Schilddrüse zu thun, wie auch das aufgenommene Radiogramm ergab, welches an der Stelle der Dämpfung einen hühnereigroßen Schatten zeigte. Dass die Pat. von ihrer Struma intrathoracica keine Beschwerden hatte, beruhte darauf, dass das mäßig vergrößerte Organ gar nicht bis in die Thoraxapertur hinaufreichte, und dass der Thorax selbst ziemlich stark gewölbt war. In anderen Fällen, wo die Geschwulst erhebliche Größe erreicht oder durch Fixation etwas höher an der Trachea noch im Isthmus des Thoraxeinganges festgehalten wird, sind dann die Beschwerden um so größer und bedenklicher. Da auch die Struma intrathoracica nach den bereits recht zahlreichen Erfahrungen an Prof. Kocher's Klinik einer Operation zugänglich ist, aber die Schwierigkeiten derselben mit der Vergrößerung der Geschwulst erheblich wachsen, so kann die Wichtigkeit der rechtzeitigen Berücksichtigung der Entwicklung einer Struma bei Thyreoptosis nicht genug betont und den Ärzten ans Herz gelegt werden.

Bern, 25. Mai 1900.

II. Vereinfachter Schnürverschluss des Darmes.

Von

Oberstabsarzt Dr. **Vollbrecht** in Düsseldorf.

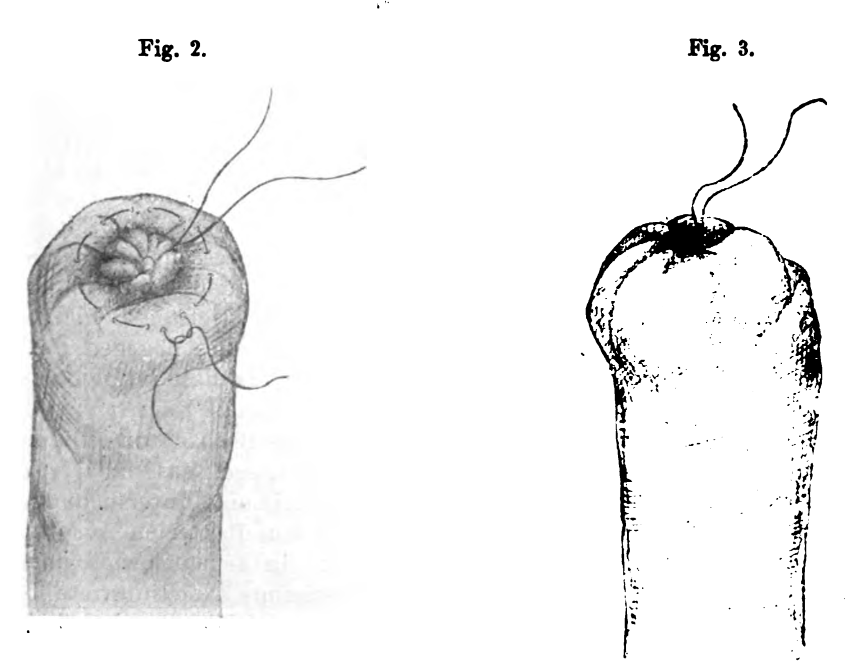
Wenn auch seit Bekanntwerden des Doyen'schen Schnürverschlusses gerade in den Spalten dieses Blattes im letzten Jahre mehrfach Mittheilungen über einfache Methoden des blinden Darmverschlusses gemacht sind, möchte ich doch von folgender, von mir versuchter Methode Kenntnis geben:

Das freie Darmende wird von einem Assistenten mit 2 Klemmen fixirt und emporgehalten, um das Ausfließen von Darminhalt zu verhüten. Alsdann wird der Darm mit einer fortlaufenden, alle Schichten fassenden Seidennaht umsäumt (Überwendlingsnaht). Die Nadel wird von innen eingestochen und so von innen nach außen der Darm überwendlich umkreist. Während der Assistent die Klemmen entfernt, schnürt der Operateur den Darm zu und schlingt den Knoten. Ich gehe bei der Überwendlingsnaht so vor, dass ich die Mucosa leicht vor der Nadel herschiebe, bevor ich sie durchsteche. Ferner führe ich die Nadel nicht direkt quer durch die Darmschichten, sondern schräg, so dass der Stich in der Mucosa höher liegt als in der Serosa. Beim Zusammenschnüren schlüpft die Mucosa zurück, und es legt sich schon jetzt Serosa an Serosa. Die Schnürnaht, bis zur Submucosa reichend, wird dann in der gewöhnlichen Weise angelegt, wobei der Assistent mit einer anatomischen, an den langgebliebenen Fäden der Überwendlingsnaht angreifenden Pincette den Darm leicht einstülpt; das geht natürlich viel besser als beim ligirten Darmende. Zweckmäßig ist es, nach dem v. Mikulicz'schen Vorgange die Schleimhaut vorher mit sterilem Jodoformbrei abzureiben.

Die Anlegung einer zweiten Schnürnaht halte ich bei dieser Art des Schnürverschlusses für entbehrlich.

Fig. 1.

Fig. 2. Fig. 3.



Die Methode ist genau genommen nichts Anderes als die gewöhnliche Albert'sche Darmnaht, ausgeführt an einem freien Darmende, welches in sich verschlossen wird. Sie vermeidet den Fehler der Ligatur, welche selbst von der mit dem Enterotrib gesetzten Schnürfurche noch abgleiten kann; sie erfordert kein besonderes Instrument. Beim Nähen war mir eine gewöhnliche gerade und runde Nadel am bequemsten.

---

1) **H. Noesske.** Neue Untersuchungen über den Bacillus pyocyaneus und die Gesetze der Farbstoffbildung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Die interessante Arbeit soll dazu dienen, die Erkenntnis der Lebensäußerungen der Mikroorganismen auf dem Wege exakter bakteriologischer und chemischer Untersuchungsmethoden zu fördern. Schon früher konnte Verf. zeigen, dass das Vorhandensein irgend welcher chemischer Verbindungen der beiden Elemente Schwefel und Magnesium bei der Farbstoffbildung des Bacillus pyocyaneus eine große Rolle spielt, ja das wichtigste Moment für diese Farbstoffproduktion darstellt. Die weitere Beschäftigung mit diesen Versuchen zeigt ihm nun, dass der Bacillus pyocyaneus und noch mehr der Bacillus prodigiosus äußerst feine Reagentien auf minimalste Spuren von Magnesium und Schwefel darstellen, welche mit den chemisch-analytischen Methoden nicht mehr sicher nachweisbar sind. So ruft ein Tropfen einer 1%igen Lösung von Magnesiumsulfat lebhafte Rothfärbung des Nährbodens hervor. Des Weiteren weist N. eine für den Bacillus pyocyaneus charakteristische Eigenschaft nach, nämlich die, einen in Wasser und Alkohol unlöslichen, in Chloroform löslichen, in den lebenden Kulturen hauptsächlich als Leukobase vorhandenen, charakteristischen blauen Farbstoff zu produciren. Diese Fähigkeit ist das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal desselben vor anderen fluorescirenden Bakterien, die zur Verwechslung mit ihm Anlass bieten können. Die Kulturen des Bac. fluorescens liquefaciens sind zwar in den ersten Tagen denen des Pyocyaneus ähnlich, aber sie verfärben sich allmählich spontan bis in die tiefsten Schichten, sich selbst überlassene Pyocyaneuskulturen thun dies dagegen nie.

Wie der Verf. im Einzelnen den Nachweis für diese interessanten biologischen Probleme führt, kann nicht im Detail referirt werden. Die Mittheilungen sind geeignet, auch manche Beobachtung anderer Autoren aufzuklären. N. kommt zu dem Schlusse, dass auf Grund seiner Beobachtungen nur diejenigen Experimentaluntersuchungen über die Bedingungen der Farbstoffbildung von Bakterien Anspruch auf Exaktheit und Realität erheben dürfen, in denen sowohl quantitativ wie qualitativ chemisch genau bestimmte Nährsubstrate benutzt worden sind. Dass dieser Gesichtspunkt vielfach vernachlässigt wird, erklärt seines Erachtens die Unterschiede in den Anschauungen über Biologie und Morphologie der Bakterien, nur so hält er den



Nachweis auch für definitiv erbracht, dass der Bac. pyocyaneus und der Bac. fluorescens liquefaciens nicht mit einander identisch sind.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **R. Janni.** Die feinen Veränderungen der Venenhäute bei Varicen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Die Arbeiten, welche bisher über die Veränderungen in der Wandung variköser Venen veröffentlicht sind, verlegen dieselben in verschiedene Theile, wie z. B. die Untersuchungen von Lobaroff, Cornil und Epstein. Die Ursache dafür ist der Umstand, dass die betreffenden Untersuchungen noch nicht mit einer vollkommenen Technik ausgeführt werden konnten. Verf. nahm desshalb eine neue Bearbeitung vor, und zwar an den erweiterten Venen des Samenstranges. Seine Resultate sind folgende: In varikösen Venen beobachtet man nicht nur regressive Veränderungen, welche durch passive Dehnung derselben bedingt sind, sondern auch zuweilen, und zwar schon in den Anfangsstadien der Erweiterung, beträchtliche Bindegewebsneubildungen, die ihren Sitz vornehmlich in der Tunica intima haben und in der Form einer knoten- oder plattenbildenden Endophlebitis auftreten. An diesen Neubildungen ist das auffallendste Moment der Zerfall der inneren Grenzmembran in dünnere elastische Fasern und Häute. Besonders deutlich ist dieser Zustand an großen Knoten, wo er von reichlicher Neubildung elastischer Fasern begleitet werden kann. An denjenigen Partien, an denen sich Knoten und Platten bilden, pflegt oft auch eine beschränkte Bindegewebsneubildung in der innersten Lage der Media aufzutreten. Die Endophlebitis ist die zuerst auftretende Veränderung. Verf. kann ihr nicht einen kompensatorischen Charakter beimessen, wie dies Epstein thut.

Die von J. geschilderten Veränderungen sind an ausgezeichnet schönen und instruktiven Abbildungen illustrirt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **C. Rammstädt.** Über traumatische Muskelverknöcherungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Die Muskelverknöcherungen, welche nach einmaligem heftigem Trauma entstehen, haben immer ein besonderes Interesse erregt und schon mannigfache Untersuchungen über ihre Entstehung veranlasst. Verf. war so glücklich, in kurzer Zeit 2 derartige Kranke zu beobachten, welche durch einen Hufschlag gegen den Oberschenkel sich Knochenbildung im Musculus vastus internus zuzogen. In beiden Fällen wurde die Exstirpation von v. Bramann vorgenommen. Sie gelang nur bei scharfem Vorgehen, da die Muskelfasern direkt in die Neubildung übergingen, und diese somit nicht abgekapselt war. Der zweite Pat. hatte nicht nur eine Knochenplatte, wie der erste Pat., sondern sogar eine Knochencyste, welche R. genau mikroskopisch untersuchte, um

einen Beitrag über die Frage der Natur dieser Knochenbildungen zu liefern. Die Ansichten gehen ja bisher darüber in so fern aus einander, als die Einen in ihr eine Entzündung, die Anderen eine reelle Neubildung erblicken. Einig ist man nur in so fern, als man annimmt, dass das Knochengewebe vom Bindegewebe ausgeht. Auch das ist wohl als sicher anzunehmen, dass der durch die Verletzung verursachte Bluterguss die Proliferation des Bindegewebes und die Verknöcherung veranlasst; fand doch Verf. innerhalb der Muskulatur mikroskopisch Blutungen, welche zu verschiedenen Zeiten in die Muskelschichten stattgefunden hatten. Jede derartige Blutung setzt neue Knochenwucherungen, so dass ein direkter Zusammenhang zwischen Blutung und Knochenbildung nicht geleugnet werden kann.

Diese Eigenthümlichkeit wie die schichtweise Anordnung der Knochenbalken, welche parallel zum darunter liegenden Knochen, in diesem Falle dem Femur, verlaufen und nirgends die Muskulatur verdrängen, sprechen entschieden dafür, dass der ursprüngliche Sitz dieser Knochenwucherungen die Muskulatur selbst ist. Dies ist zu betonen gegenüber der Ansicht Anderer, welche glauben, dass in solchen Fällen losgesprengte Periostsücke oder der Knochen selbst der primäre Sitz der Neubildung sind. Und als eine solche Neubildung, nicht als eine Entzündung, wie dies Grawitz und Bremig thun, sieht R. seinen Fall an, da sich bei der Untersuchung außer sehr spärlichen Herden infiltrirter kleiner Zellen durchaus keine Anhaltspunkte für einen entzündlichen Process fanden.

Für die Differentialdiagnose ist eine genaue Palpitation und die Röntgenaufnahme von Wichtigkeit. Letztere ergiebt scharfe Konturen des Extremitätenknochens. Die Therapie braucht nach den Erfolgen, die bei jenen beiden Pat. erzielt wurden, nicht so radikal zu sein, wie Helferich dies vorschlägt. Die Schonung und Erhaltung der Muskulatur ermöglicht neben der Heilung von dem Leiden allein ein gutes funktionelles Resultat.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **M. Cupurro.** Über den Werth der Plastik mittels quergestreiften Muskelgewebes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Verf. beschäftigt sich sehr eingehend mit der Frage der Muskeltransplantation. Es bestehen nur wenige Arbeiten über dies Gebiet, so dass die Entscheidung, ob sowohl ungestielte wie gestielte Muskellappen an dem Orte der Überpflanzung einheilen oder nicht, bisher noch ausstand. Salvia war nach einem einschlägigen Versuche der Ansicht, dass es möglich sei, den Muskel eines Kaninchens in eine Muskellücke eines Hundes einzuheilen. Rydygier, der sich mit der Transplantation gestielter Muskellappen beschäftigte, erhielt keine ganz gleichmäßigen Resultate. Er führt diesen Umstand auf Fehler in der Methodik zurück, hält aber die Einheilung für durchaus möglich. In genau geschilderten Versuchen studirte nun C. in mühsamer

Weise dieses noch strittige Gebiet, indem er die verschiedenartigsten experimentellen Anordnungen traf, um absolut zuverlässige Resultate zu erhalten. Er transplantirte partielle und totale Muskellappen, nahm den Stiel peripher oder central oder benutzte doppelt gestielte Muskelstücke. Ferner wurden bei den einen Versuchen die Lappen in mehr oder weniger großem Winkel vorgezogen, bei den anderen einfache oder vollständige Stieldrehung ausgeführt. In einer weiteren Serie wurden dann auch noch völlig ungestielte Lappen transplantirt. Bei den einzelnen Versuchsthieren wurden in gewissen Zeiträumen, d. h. nach 8—50 Tagen, meistens die Verhältnisse am Orte der Transplantation mikroskopisch untersucht. Verf. zieht aus diesen umfangreichen und interessanten Experimenten selbst folgende Schlüsse:

Die freie Einpflanzung quergestreifter Muskellappen auf Thiere derselben oder verschiedener Gattung giebt immer negative Resultate, wie auch die Methode der Transplantation sei. Die Zerstörung des Gewebes erfolgt in der Mehrzahl der Fälle sehr schnell durch einen Process ischämischer Nekrose, welche sich bei einigen als Verkäsung des Lappens darstellt; bei den anderen vollzieht sie sich schrittweise unter dem Bilde der fibrösen Metamorphose.

Die Transplantation gestielter Lappen entspricht dem Zwecke der Plastik unter dem doppelten Gesichtspunkt der mechanischen Verstärkung eines Theiles und der Erhaltung der Funktionsfähigkeit des speciellen Gewebes. Die Kontraktionsfähigkeit wechselt jedoch beträchtlich je nach Einpflanzungsart des Lappens.

Sie ist unter sonst gleichen Verhältnissen größer in den partiellen Lappen als in den totalen, in den mäßig gespannten größer als in den stark gespannten, in den Lappen, welche auf solche Muskeln transplantirt sind, die den ursprünglichen nahe liegen und mit ihnen parallel laufen, größer als in jenen, welche auf entferntere Muskeln verpflanzt sind und in schiefer oder perpendikulärer Richtung zu diesen verlaufen. Sie ist größer bei geringerer Beugung zum rechten Winkel, bei einfacher Drehung und Biegung des Stieles. Sie ist ferner größer bei der Einpflanzung auf die Bekleidungsaponeurose eines Muskels als bei Aufpflanzung auf das Muskelfleisch selbst. Sie ist dagegen beträchtlich vermindert bei Schlaffheit der Lappen, bei vollständiger Dehnung und größerer Winkelbildung. Sitz des Stieles, Antagonismus, Synergie des Receptionsmuskels mit demjenigen, dem der Lappen entnommen ist, und einige andere aus der Arbeit ersichtliche Faktoren sind ohne Einfluss.

Zeichnungen und mikroskopische Bilder ergänzen die umfangreiche und wichtige Arbeit. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

5) A. Hoffa und A. Lilienfeld. Die Prophylaxe in der Chirurgie.

München, Seitz & Schauer, 1900. 50 S.

Über Prophylaxe im eigentlichen Sinne des Wortes findet man in dieser Schrift, die als IV. Abtheilung des Handbuches der Prophylaxe von Nobiling-Jankau erschienen ist, nur wenig (Untersuchung der Arbeiter in Bezug auf Tauglichkeit, Verhütung der Belastungsdeformitäten), und es ist auch zuzugeben, dass der Arzt zur Verhütung chirurgischer Krankheiten im Großen und Ganzen nicht viel beitragen kann. Unter Prophylaxe verstehen aber die Verff. auch die Verhütung schlechter Heilresultate und schlimmer Folgen chirurgischer Krankheiten; sie betreten damit das Gebiet chirurgischer Therapie überhaupt und bringen desshalb fast nichts, was nicht in jedem Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie zu lesen ist.

F. Brunner (Zürich).

---

6) P. W. Iljin. Physiologische Narkose nach Schleich. (Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Direktor v. Stein.)

(Chirurgia Bd. V. p. 540. [Russisch.])

Der Arbeit liegen 135 Narkosen zu Grunde, die meist wegen Trepanation des Warzenfortsatzes angewendet waren.

I. stellt am Schlusse seiner Arbeit u. A. folgende Schlüsse auf.

1) Die Athmung wird tiefer und häufiger, wenn aber Beschleunigung derselben schon besteht, so wird sie nur tiefer.

2) Der Puls wird voller und seltener, manchmal bleibt seine Frequenz unbeeinflusst, eine Beschleunigung wird nicht oft beobachtet.

3) Nach der Narkose wachen die Kranken leicht auf und fühlen sich frisch und munter.

4) Bronchitis wurde nicht beobachtet, selbst nicht im Falle von Lungentuberkulose.

Zum Schlusse heißt es: »Der Zustand der Pupillen, des Pulses und der Athmung, das ist die Triade, auf welche der narkotisirende Arzt zu achten hat. Auf Grund von 600 Narkoseprotokollen zieht Schleich den Schluss, dass man die Narkose führen kann, indem man den Typus der Athmung regulirt und seiner Häufigkeit folgt.« I. fügt dem noch die besondere Rücksicht auf den Puls zu und spricht sich dahin aus, dass kraft der physiologischen Eigenschaften des Gemisches bei aufmerksamer Beobachtung der Athmung und des Pulses keine Überdosirung des Mittels eintreten kann, eben so wenig wie ein plötzlicher Tod, »womit ein gewaltiger Schritt in der Ungefährlichkeit der Allgemeinnarkose vorwärts gemacht sei«.

Diese zuversichtlichen Lobeserhebungen stehen aber in Widerspruch mit dem Inhalte der Krankengeschichten, welche ihnen zum Ausgange gedient haben. Denn trotz mehr als doppelter Vorsicht

waren doch manchmal bedenkliche Ercheinungen, darunter 2mal bedrohlicher Stillstand der Athmung, eingetreten.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

7) **G. Lotheisen.** Über die Gefahren der Äthylchloridnarkose. (Aus Prof. v. Hacker's chir. Klinik zu Innsbruck.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 18.)

In der Innsbrucker chirurgischen Klinik ist die Äthylchloridnarkose bei zahlreichen (850), auch großen Operationen mit günstigem Erfolge zur Anwendung gekommen; besonders bei Alkoholikern wird ihr eine subkutane Injektion von Heroin. mur. vorausgeschickt. Das nach längerer Narkose auftretende Erbrechen war kurzdauernd und leichterer Art; die Patt. erfreuten sich bald vollsten Wohlbefindens. Um Gefahren zu verhüten, ist es nothwendig, das Äthylchlorid zunächst nur in geringer Menge auf eine mit Inspirations- und Exspirationsventil versehene Maske (Breuer'scher Korb) aufzugießen; wenn die Pat. spannen oder unruhig werden, darf nur dann das Mittel erneut gegeben werden, wenn man sich am Exspirationsventil davon überzeugt hat, dass kein Äthylchlorid mehr ausgeathmet wird. Im Allgemeinen wurde 1—2 g pro Minute verabfolgt. Ein in der Narkose aufgetretener, auch bei Chloroformbetäubung wahrscheinlich unvermeidbar gewesener Todesfall — der erste unter den bisher bekannt geworden 2550 Äthylchloridnarkosen — betraf einen Trinker mit starker Arteriosklerose der Coronararterien. — Im Übrigen wurden weder Asphyxien, noch Krämpfe, wie sie von Anderen einige Male beobachtet worden sind, in der Kelennarkose gesehen, obwohl diese auch bei Herzen- und Lungenleidenden wiederholt angewandt worden ist; auch auf die Nieren hat dieselbe keinen schädlichen Einfluss ausgeübt.

Kramer (Glogau).

---

8) **Friedemann.** Zur Frage der Zimmerdesinfektion mit Formaldehyd. (Aus dem Kreiskrankenhause in Britz. Dirigirender Arzt: Dr. Riese.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 50.)

F. nahm auf Veranlassung von Riese eingehende Versuche mit der Desinfektionsmethode mittels Glykoformol nach Walter und Schloßmann vor, die er in ihren Einzelheiten (Tabellen etc.) wiedergiebt.

Danach ist das Verfahren der Desinfektion mit dem Lignerschen Apparate allen anderen ähnlicher Art vorzuziehen, ohne dass man es ein ideales nennen könnte (Stiefel ließen sich z. B. nicht völlig desinficiren).

Vorzüge sind die Schnelligkeit der Durchführung und die Unschädlichkeit des Verfahrens in Bezug auf die im Zimmer befind-

lichen Gegenstände. Ein Nachtheil ist außer dem Kostenpunkte der Umstand, dass der Geruch längere Zeit im Zimmer haftet.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

9) **C. J. Rossander** (Stockholm). Encore quelques mots sur le traitement des cancroides sans exstirpation.

(Revue de chir. 1900. No. 2.)

R. berichtet über die Resultate seiner nach früher nicht ganz befriedigenden Erfolgen wieder aufgenommenen Behandlung einiger Fälle von Cancroid, in denen eine Operation entweder nicht mehr ausführbar oder von den Pat. abgelehnt worden war; es handelte sich auch in den letzteren um weit vorgeschrittene Erkrankungen. Das von R. angewandte Verfahren bestand darin, dass er ca. alle 3 Tage 3—4 halbe Spritzen einer 1—$1^1/_2$%igen Lösung von Hydrate de Potassium an 3—4 verschiedenen Stellen vom Gesunden aus unter die Geschwulst spritzte; die allerdings schmerzhaften Injektionen wurden ohne Störungen des Allgemeinbefindens der betreffenden Pat. ertragen und riefen auch örtlich keine Störungen, keine vermehrte Sekretion der Geschwürsoberfläche, keine gangränöse Abstoßung hervor. Der Erfolg war ein überraschend günstiger, in so fern die Geschwüre immer kleiner wurden und in einigen Fällen sogar vollständig und dauernd vernarbten. R., welcher weit entfernt ist, den Werth seiner Methode zu überschätzen, führt ihre Wirkung darauf zurück, dass allmählich, wie bei tiefen Kauterisationen, die Gefäße obliterirt werden.

Kramer (Glogau).

---

10) **Kappeler, Böhler, König.** Das städtische Krankenhaus zu Konstanz in den Jahren 1897 und 1898. Ärztlicher Bericht.

Konstanz, **Stadler,** 1900. 294 S. 7 Taf.

Der im Vereine mit seinen Assistenten von K. herausgegebene Bericht enthält die Auszüge aus den Journalen der während der bezeichneten Jahre behandelten Kranken. Mancherlei Interessantes und Lesenswerthes ist mitgetheilt; ein Eingehen auf Einzelheiten jedoch würde den Rahmen des Referates überschreiten. Das klinische Material beläuft sich auf 2262 neu aufgenommene Kranke aller Art; 980 zum Theil größere chirurgische Eingriffe wurden ausgeführt. Dem statistischen Theile ist die Besprechung des Neubaues des neuen städtischen Krankenhauses vorausgeschickt, dessen Vollendung am 1. Juni 1900 erfolgt ist. Die Pläne sind von K. skizzirt, und Regierung, so wie Stadt haben weder Mühen noch Kosten gescheut, um ein allen Anforderungen der Neuzeit entsprechendes Krankenhaus fertig zu stellen. Dies beweisen, nach Ansicht des Ref., auch die dem Buche auf den Tafeln beigegebenen äußerst zweckmäßigen Baupläne. Mögen so nun auch die neuen Räume eine Heimstätte ersprießlichen Wirkens im Dienste der Charitas und der Wissenschaft werden.

A. Most (Breslau).

---

11) **Eichel.** Über Hernia epigastrica.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

E. bespricht in der Abhandlung unter Mittheilung dreier eigener Beobachtungen die Entstehung, Symptome und Behandlung der Hernia epigastrica. In 2 seiner Fälle war ein Trauma als ätiologisches Moment sicher festzustellen, indem das eine Mal zunächst ein subkutaner Riss in der vorderen Bauchwand entstanden und erst bei einer zweiten Schädlichkeitseinwirkung ein Netzstück in den Einriss getreten, in dem anderen Falle dies sofort bei dem ersten Trauma erfolgt war. E. hält jede andere Behandlung, als die durch Operation, für verfehlt, und hat auch mit letzterer in 2 der Fälle alle Beschwerden der betreffenden Pat. zu beseitigen vermocht.

Kramer (Glogau).

---

12) **A. A. Deschin.** Zur Frage der operativen Behandlung der Brüche der Inscriptiones tendineae.

(Chirurgia Bd. V. p. 468. [Russisch.])

D. knüpft an eine Arbeit von Prof. Diakonow und Starkow »Zur Frage der Entstehung und Heilung der Nabelbrüche Erwachsener« an (s. das Referat darüber in diesem Blatte 1899, p. 243). Damals hatten die genannten Autoren auf Grund von zahlreichen Versuchen an Kinderleichen, Leichen Erwachsener und an eben getödteten Hunden besonders betont, dass die Risse im Gebiete der Recti nicht der Länge nach, sondern, weil die Fasern der aponeurotischen Inscriptiones tendineae quer verlaufen, ebenfalls der Quere nach eintreten. Hierauf fußend schlagen Diakonow und Starkow vor, die Brüche, die über den Nabelring hinausgehen, nicht mehr als Nabelbrüche, sondern als Brüche der Zwischensehnen (Inscriptiones tendineae) zu bezeichnen, entsprechend der anatomischen Lage des Spaltes.

Die Erfahrungen Dechamp's und die experimentellen Arbeiten seines Schülers Allemand, welche die leichtere Vereinigung jener Bruchöffnung in querer Richtung darthun, werden eingehender bebesprochen. Prof. Diakonow ist nun noch einen Schritt weiter gegangen. Er konnte sich bei Operationen mehrfach überzeugen, dass sich die Ränder der Bruchspalte in querer Richtung nicht nur leicht einander nähern, sondern sogar ohne Mühe über einander legen ließen. Und da er eine solche doppelte Schicht für widerstandsfähiger halten musste als eine einfache, so führte er auch die Naht in entsprechender Weise aus, nachdem D. erst durch experimentelle Versuche an Hunden gefunden, dass die Bauchdecken auch gut verheilen, trotzdem nicht angefrischte Wundflächen, sondern von der einen Fläche das Bauchfell angelagert wird. In dieser Weise hat Diakonow 3 Fälle operirt. Zuerst umschneidet er die hervorragende Geschwulst, so dass er die verdünnte Haut entfernen kann, präparirt den Bruchsack frei, trägt diesen ab, so wie die verwachsenen Netzstücke und zieht dann quer mit 3 Matratzenknopfnähten den einen Wundrand

unter den anderen, worauf der außen überstehende Theil seinerseits mit einigen Knopfnähten befestigt wird. Ein Theil der Nähte wurde am fünften, die anderen nach 7 Tagen entfernt. Am 9. Tage ging die Kranke umher (Fall I). Versenkte Nähte waren also bei diesem Verfahren nicht vorhanden.

Ich halte die Bemühungen Diakonow's und seiner Schüler, an Stelle der noch wohl allgemein gebräuchlichen seitlichen Vereinigung der großen Nabelbrüche Erwachsener die quere Naht zu setzen, für verdienstvoll. Ich selbst habe allerdings nur einmal Gelegenheit gehabt, mich von den Vorzügen der queren Vereinigung zu überzeugen, aber dafür in um so zweifelloserer Weise. Am 1. Mai 1899 operirte ich eine 38 Jahre alte Gastwirthsfrau von 201 Pfund Körpergewicht und 133 cm Leibesumfang. Der Umfang des Nabelbruches an der Basis betrug 46 cm, der äußere Längsdurchmesser 23, der Querdurchmesser 18 cm. Vor der Operation war die Bruchpforte bequem für 3 Finger, nach Freilegung derselben für die 4 Finger so bequem durchgängig, dass ich diese noch spreizen musste, um die seitlichen Enden des durchaus querliegenden Spaltes gut zu erreichen. Er war also ca. 8—9 cm lang und ließ sich auch ohne die geringste Mühe in querer Richtung zusammenlegen. Hätte ich diesen Spalt von rechts nach links vereinigen wollen, so hätte ich den natürlichen Verhältnissen große Gewalt anthun müssen.

Ich schloss also ebenfalls den Spalt in querer Richtung mit 6 Silberdrahtnähten (von 0,5 Dicke) und legte darüber als zweite Reihe noch etwa eben so viele Seidenknopfnähte. Die Haut wurde selbstverständlich in gewöhnlicher Weise von rechts nach links vernäht.

Bei der Operation war die verdünnte Haut und $1^1/_4$ Pfund Netz, das mit ihr und dem Darm verwachsen war, entfernt worden. Am 3. Mai Ricinusöl, am 7.—11. Entfernung der Hautnähte, am 16. verlässt die Pat. das Bett und wird am 23. nach Hause entlassen. Der Wundverlauf war der gewöhnliche. Pat. ist auch jetzt ohne Beschwerden und sehr mobil. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

13) **Schüle** (Freiburg i/B.). Über die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Achselhöhle speciell bei der eitrigen Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 18.)

S.'s Untersuchungen ergaben, dass die Temperatur der Achselhöhle durchweg niedriger ist, als die des Mastdarms, dass der Unterschied von 0,0—1,5° schwankt, durchschnittlich 0,6° beträgt, bei Fiebernden etwas kleiner (0,4°) ist. Dagegen fand S. bei einem Falle von eitriger Appendicitis einen wesentlich größeren Unterschied von 1,1—1,4°, im Durchschnitte von 0,9°, was sich vielleicht durch die vorhanden gewesene Hyperämie der Beckenorgane, speciell durch die des Mastdarms und der Excavatio vesico-rectalis, in welche sich der Abscess gesenkt hatte, erklärt. Auch Madelung, Lenannder u. A.

haben gelegentlich bei eitriger Peritonitis einen derartigen größeren Unterschied in der Mastdarm- und Achselhöhlentemperatur beobachtet.

Kramer (Glogau).

---

14) J. Schnitzler. Über Epiploitis im Anschlusse an Operationen.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 1—3.)

Während die entzündlichen Netzgeschwülste als Begleiterscheinungen anderer abdominaler Entzündungen bekannt sind, haben die längere Zeit nach Operationen auftretenden Epiploitiden wenig Beachtung gefunden. Auf Grund von 4 eigenen Beobachtungen und dem zumeist aus der französischen Litteratur gesammelten Materiale zeichnet S. das Krankheitsbild. Es handelt sich um schmerzhafte Geschwülste im Bauche, die unter verschieden starken Erscheinungen von Behinderung der Darmcirkulation längere oder kürzere Zeit nach Operationen auftreten; meist waren es Bruchoperationen, bei denen Theile des Netzes abgetragen und Unterbindungen, meist mit Seide, angelegt werden mussten; einmal beobachtete S. die Epiploitis auch nach der Resektion des Wurmfortsatzes, mit dem das Netz verwachsen war.

Gemeinsam war allen Fällen das Zurückbleiben von Ligaturen oder Suturen im Netze, und diesen Umstand bringt Verf. in ursächlichen Zusammenhang mit dem Entstehen der Epiploitis. Dass an den Fäden geringe Mengen von wenig virulenten Infektionskeimen vorhanden waren, wird durch die Beobachtung von Eitertropfen in epiploitischen Geschwülsten bewiesen.

Die Erkrankung verlief unter Ruhe, Umschlägen meist günstig, gab aber auch zu operativen Eingriffen Veranlassung.

Grisson (Hamburg).

---

15) F. Franke (Braunschweig). Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 270. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

Verf. geht davon aus, dass nach seinen und den eher noch ungünstigeren Erfahrungen Anderer die innere Behandlung des Magengeschwürs sowohl in Bezug auf die Verhütung von tödlichen Ausgängen durch Perforation, Verblutung, Inanition etc., als auch hinsichtlich der von Recidiven in einem nicht kleinen Procentsatz der Fälle Ungenügendes leiste, und desshalb die Frage nach einem anderen und sichereren Heilmittel, wie es die Chirurgie biete, vollberechtigt sei. Er bespricht dann im Weiteren die Differentialdiagnose des Leidens gegenüber Gallensteinkoliken, Wanderniere etc. und besonders der nicht selten zu beobachtenden Influenzaneuritis der entsprechenden, meist des 5.—7. Interkostalnerven linkerseits und den epigastrischen Hernien der Linea alba, um schließlich eine Übersicht über die von ihm und anderen Chirurgen damit erreichten Erfolge der operativen Behandlung des Magengeschwürs zu geben. Nach-

dem F. hierbei nachzuweisen gesucht, dass der chirurgische Eingriff fast alle Fälle, in denen die innere Medicin versagt, noch rettet und zur Heilung bringt und die Arten der in Betracht kommenden Operationen kurz erwähnt, zeigt er auf Grund eigener und Anderer Erfahrungen, in welchen Fällen die letzteren an die Stelle der internen Therapie zu treten haben. Am Schlusse fasst Verf. selbst seine Forderungen folgendermaßen zusammen:

Absolute Indikation zur Operation liegt vor:

1) Bei dem perforirenden Magengeschwüre in frischen Fällen, 2) bei chronischer Perforation mit Abscessbildung im subphrenischen oder sonst peritonealen Raume, 3) bei unstillbarem Erbrechen und unerträglichen Schmerzen, verbunden mit unaufhaltsamer Abmagerung, 4) bei unstillbaren, fortwährenden oder sich häufig wiederholenden kleineren Blutungen, 5) bei durch Stenose bedingter Magenerweiterung mit zunehmender Abmagerung, 6) bei Tumorbildung am Magen.

Relative Indikation nimmt F. an:

1) Für häufiges Erbrechen und nicht zu beseitigende Schmerzen, wenn dabei die Ernährung nicht sinkt, 2) für einmalige große oder wiederholte Blutungen, 3) für einfache Magenerweiterung, 4) für meist durch Verwachsungen, Sanduhrmagen etc. bedingte zweifelhafte Fälle, die sich durch fortwährende Schmerzen, Druck etc. und Sinken des Körpergewichts hervorheben, und für die mindestens die Probelaparotomie in Erwägung zu ziehen ist, 5) für schwere, nach der Ulcusbehandlung zurückbleibende Dyspepsie, 6) für Ulcusfälle, die sich durch Recidive auszeichnen, für diese namentlich dann, wenn die socialen Verhältnisse eine langdauernde sachgemäße Behandlung sehr schwierig oder unmöglich machen.

Kramer (Glogau).

---

16) **Zeidler.** Beiträge zur Pathologie und Therapie des akuten Darmverschlusses.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

An der Hand seiner Erfahrungen giebt Z. eine genaue Analyse der Erscheinungen vom Obstruktions- im Gegensatze zum Strangulationsileus, wesentlich fußend auf den Lehren der v. Wahl'schen Schule. Die differentielle Diagnostik beider Formen des Ileus und der akuten Peritonitis wird in sehr klarer Weise besprochen. Bezüglich der Therapie stellt Verf. den Satz auf: Bei Strangulationen ist die Operation sofort, bei Obturationen nicht später als nach 2mal 24 Stunden indicirt. In überzeugender Weise setzt er aus einander, dass der Chok, selbst der schwerste, keine Kontraindikation gegen die Operation ist.

Unter seinen 17 operirten Fällen finden sich 8 Heilungen und 9 Todesfälle = 52,94 % Sterblichkeit, kein schlechtes Resultat, wenn man bedenkt, dass die Kranken mit Strangulationen im Mittel erst $3^1/_2$ Tage, mit Obturationen fast 9 Tage nach Beginn der Undurchgängigkeit zur Operation kamen.

Haeckel (Stettin).

---

17) **Urban.** Behandlung des Mastdarmvorfalles durch cirkuläre Silberdrahtnaht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 16.)

Nach Reposition des Vorfalls wird die Nadel von der hinteren Mittellinie aus eingestochen und subkutan — 1 cm tief — um die Afteröffnung herum geführt derart, dass die Nadel wiederholt ausgestochen, aber zu demselben Stichkanal wieder eingeführt wird. In der hinteren Mittellinie vereinigen sich Anfang und Ende des Silberdrahtes und werden so fest geschnürt, dass bei Erwachsenen der eingeführte Zeigefinger, bei Kindern gerade noch der kleine Finger geschnürt wird. Der Silberdraht bleibt 2—3 Monate liegen. Es ist U. auch gelungen, den Silberdraht dauernd einzuheilen. Die Resultate sind so gut, wie nach anderen Methoden.

Borchard (Posen).

---

18) **C. Monod.** De la cure chirurgicale des hémorrhoïdes.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 533.)

M. war der Ansicht, dass die Whitehead'sche Methode der Radikalbehandlung der Hämorrhoiden mittels Excision der gesammten varikös veränderten Schleimhaut des unteren Mastdarmendes und Vernähung der gesunden Mastdarmschleimhaut mit der Haut das zur Zeit unter den französischen Chirurgen am meisten geübte Verfahren sei. Er selbst hat es zwar mehrfach von seinen Assistenten ausführen lassen, selbst aber stets ein anderes Vorgehen vorgezogen. Er wirft der Whitehead'schen Operation vor, dass sie oft recht blutig, nicht leicht, daher nicht von jedem Arzte auszuführen sei und gute Resultate nur gebe, wenn die Asepsis vollständig gewahrt bleibt und es zur exakten Vereinigung von Haut und Schleimhaut kommt; ist letzteres nicht der Fall, zieht sich die Schleimhaut zurück, so entsteht die Gefahr der Narbenstriktur. Als einfacher, leichter und durchaus sicher empfiehlt er in folgender Weise vorzugehen:

Pat. muss 2 Tage vor der Operation abführen, erhält am Abend vorher und während der folgenden 4 Tage Opium. Steinschnittlage. Chloroform- oder Äthernarkose; wo beide kontraindicirt sind, Lokalanästhesie mit Cocain. Dehnung des Afterschließmuskels mit dem Trélat'schen Spekulum. Die nun gut zugängigen inneren Hämorrhoidalknoten werden mit einer Klemme gefasst und mit Schere oder Messer abgetragen, so dass die Schleimhautwunde längs parallel der Achse des Mastdarms zu liegen kommt; die Schleimhautwundränder werden sogleich exakt durch Katgutnähte vereinigt. Meist sind 3, höchstens 4 solcher Excisionen zu machen. Indem M. den Stiel der gefassten Hämorrhoidalknoten schnittweise durchtrennt und die Schleimhautwunde sogleich wieder durch Naht schließt, gestaltet sich die Operation nahezu unblutig. Ein mit Jodoformgaze umhülltes starkes Drainrohr wird in den Mastdarm geführt, erlaubt den Gasen den Austritt und schützt die kleinen Wunden. Die Beschwerden

nach der Operation sind minimal. Die Heilung erfolgt in 10 bis 15 Tagen.

Die sich an M.'s Vortrag anschließende lange Debatte ergab die interessante Thatsache, dass M.'s Annahme von der Verbreitung der Whitehead'schen Methode durchaus nicht zutraf, dass diese Operation zwar von den meisten Pariser Chirurgen als für gewisse Fälle vorzüglich geeignet anerkannt wird — insbesondere bei weniger isolirter Knotenbildung, mehr ausgebreiteter variköser Entartung der Schleimhaut —, dass einzelne, wie Quénu, Délorme, sie fast ausschließlich anwenden, andere, wie Delbet, sie neben einer dem M.'schen Verfahren ähnlichen partiellen Excision empfehlen, dass aber auch die alten Methoden, sowohl die Ignipunktur, wie auch die alte typische Abtragung mit dem Thermokauter noch sehr viele energische Verfechter unter den erfahrensten französischen Chirurgen Ollier, Berger, Tillaux, Bazy u. A. besitzen.

Reichel (Chemnitz).

---

19) Poppert. Die Cholecystostomie mit wasserdichter Drainage der Gallenblase. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Gießen. [Direktor: Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Bose.])

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 50.)

P. weist auf die Schwierigkeiten der einzeitigen Cholecystostomie bei tiefliegender verkleinerter und geschrumpfter Blase hin, zumal wenn die Leber hochsteht. Auch entzündliche Auflockerung der Gallenblasenwandung und abnorme Lagerung der Blase machen die Operation unmöglich.

Bisweilen helfen die Verfahren von Langenbuch und Courvoisier, aber noch besser die zweizeitige Operation Riedel's.

Auch die Exstirpation ist unter Umständen bei sehr versteckter Lage der Gallenblase völlig unausführbar.

Viele Schwierigkeiten lassen sich nun durch P.'s »wasserdichte Drainage« überwinden, die insbesondere die Gefahr der Peritonitis ausschließt, welche in Folge Durchreißens der Nähte zwischen Gallenblase und Peritoneum parietale zuweilen eintritt.

Nach einigen Vorversuchen verfuhr P. in der Regel so, dass er auf die Annähung der Gallenblase an die Bauchwand ganz verzichtete, dagegen, nachdem er die eröffnete Gallenblase um ein eingeführtes Drainrohr durch Nähte fest verschlossen hatte, dieselbe versenkte und durch rings um das Rohr eingeführte Tampons den erforderlichen Abschluss gegen die Bauchhöhle herbeiführte.

Das Verfahren wird von P. in seinen Einzelheiten genau geschildert.

An dem Blasenkatheter wird ein Gummischlauch befestigt, der in ein neben dem Kranken liegendes Glasgefäß geleitet wird.

Die »wasserdichte Drainage« funktionirt in der Regel 10 bis 14 Tage vollkommen sicher, nach Ablauf dieser Zeit ist aber durch

den Reiz der Gaze ein vollkommen zuverlässiger Abschluss in der Umgebung des Katheters erzielt, so dass Peritonitis nicht mehr auftreten kann. Die Entfernung des Katheters erfolgt von der dritten Woche ab. Vor der dauernden Entfernung ist die Gallenblase noch einmal auszuspülen. Nach der Herausnahme und dem Durchschneiden der Fäden granulirt die Wunde und vernarbt dann.

Das Verfahren ist auch bei verkleinerter Gallenblase dasselbe, nur dass der Katheter hier auf eine kürzere oder längere Strecke frei durch die Bauchhöhle geleitet wird.

Auch der Choledochus kann in analoger Weise drainirt werden, was nach der Choledochotomie wegen der Möglichkeit eines infektiösen Katarrhs der Gallengänge fast stets nöthig ist.

P. hat jetzt gegenüber den auf dem Chirurgenkongresse 1898 angegebenen 57 Fällen deren 162 in solcher Weise operirte aufzuweisen. Davon waren 128 einfache Cystostomien, 5 Fälle von Cystostomie mit Cysticotomie und 29 Fälle von Choledochotomie mit gleichzeitiger Cystostomie. Eine Verlegung des Katheters ist nur 2mal vorübergehend eingetreten. Bauchbrüche nach der Operation hat P. nicht ein einziges Mal beobachtet.

Als besonderen Vortheil seiner Methode betrachtet P. die Möglichkeit ihrer Anwendung bei geschrumpfter und brüchiger Gallenblase, zumal wenn auch der Cysticus oder Choledochus zur Entfernung der Steine eröffnet werden muss.

Nicht ein einziges Mal war P. genöthigt, eine Nachoperation zum Verschluss einer zurückgebliebenen Gallenblasenfistel zu machen.

Endlich bietet die bei der Drainage regelmäßig erforderliche Tamponade einen hohen Grad von Sicherheit gegen die Gefahr der Peritonitis, die desshalb auch niemals, nicht einmal bei akutem Empyem und septischer Cholangitis eintrat.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Kasuistik der Hernia lineae albae congenita.

Von

Dr. **Arnold Keller** in Berlin.

Während man die erworbenen Brüche in der weißen Linie im Zeitalter der Bauchoperationen durchaus nicht vereinzelt zu sehen bekommt, ist die angeborene Hernie der Linea alba bisher selten beobachtet. Schreibt doch Roth[1] in seiner trefflichen Monographie: »Weitere Belege (außer Astley Cooper in the anatomy and surgical treatment of abdominal hernia, London 1827) für angeborenen partiellen Defekt in der weißen Linie können wir zur Zeit nicht beibringen«. Die angeborene Hernie unterscheidet sich ihrer anatomischen Beschaffenheit nach nicht von der erworbenen, vorausgesetzt, dass man unter den letzteren nur die Bauch-

---

[1] Roth: Über die Hernien der Linea alba. v. Langenbeck's Archiv Bd. XLII.

narbenbrüche nach Bumm[2] versteht und nicht die mit einfacher Diastase der Recti bei erhaltener Fascie einhergehenden Brüche. Man sieht eine halbkugelförmige Hervorwölbung, besonders beim Pressen, mit den charakteristischen Bruchmerkmalen in der Mittellinie des Leibes. Man fühlt eine deutlich abgrenzbare, circumscripte, scharfrandige Bruchpforte, durch die der Bruch sich in die Bauchhöhle fortsetzt. Kocher[3] hat darauf hingewiesen, dass die Hernia lineae albae in der Nähe des Nabelringes und oberhalb desselben öfter austritt, als an anderen Stellen der Medianlinie. Es ist eben die Verflechtung der Fascienfasern, wie er sagt, oberhalb und in der Nähe des Nabels lockerer als unterhalb. Auch in meinem Falle entsprach der Sitz des Bruches der Kocher'schen Angabe, wie die folgende Darstellung beweist:

Es handelt sich um ein Mädchen im Alter von 14 Tagen, bei dem die Eltern gleich nach der Geburt eine Geschwulst oberhalb des Nabels bemerkt hatten. Zwei vordem geborene Kinder sollen ebenfalls Missbildungen (einmal einen Naevus, das andere Mal eine Hodengeschwulst) besessen haben. Das Kind ist schwächlich, schreit viel und hat bisher wenig zugenommen. Man sieht 2 cm oberhalb des Nabels direkt in der Mittellinie eine über pflaumengroße Geschwulst, die durch einen Heftpflasterverband schlecht zurückgehalten wird. Die Haut über der Geschwulst ist gut verschieblich, man fühlt deutlich Darm, der beim Pressen sich stärker hervordrängt und in die Bauchhöhle sich hinein verfolgen und zurückstülpen lässt. Charakteristisch ist die scharfrandige, etwa 10pfennigstückgroße Bruchpforte, die einem Loche vergleichbar ist, das man aus der Fascie herausgebrannt hat. Von der unteren Umrandung der Bruchpforte bis zum oberen Nabelrande ist deutlich Fasciengewebe zu fühlen. Es wird beschlossen, den Bruch durch Radikaloperation zu beseitigen. Nach sorgfältiger Desinfektion und Bereitstellung von physiologischer Kochsalzlösung wird ohne Narkose die Haut in der Mittellinie über der Höhe der Bruchgeschwulst gespalten und schichtweise bis auf den Bruchsack vorgegangen. Derselbe wird ringsum gut isolirt, darauf vorsichtig eingeschnitten und der Länge nach gespalten. Es macht sich nun die Narkose erforderlich, die mit wenigen Tropfen Äther eingeleitet und bis zum Schlusse der Operation fortgesetzt wird. Der in Folge des Pressens prolabirte Darm wird mit warmen Kochsalzkompressen bedeckt. Nun wird die Bruchpforte am oberen und unteren Rande etwa $1/2$ cm weit eingekerbt und darauf der Darm reponirt. Es folgt die Anfrischung des Bruchringes in der gesammten Circumferenz. Darauf wird der Bruchsack abgebunden und resecirt.

Inzwischen musste die Narkose mit Rücksicht auf den schwachen Puls des Kindes zeitweilig unterbrochen werden. Da eine schnelle Beendigung der Operation indicirt war, so wird die Bauchhöhle mit durchgreifenden Peritoneal-, Fascien-, Hautnähten geschlossen; darauf werden einige Zwischennähte gelegt. Die Wunde wird reichlich mit Aristol bestreut und mit einem Gazeheftpflasterverbande bedeckt.

In den ersten 48 Stunden nach der Operation ist das Kind sehr unruhig, schreit viel und trinkt wenig, hat aber kein Erbrechen. Stuhlgang erfolgt spontan. Zur Hebung der Ernährung werden wiederholt Klystiere gemacht. Der Verband wird nach 6 Tagen erneuert, nach 12 Tagen werden die Nähte entfernt. Nach ca. 3 Wochen ist die Bauchwunde, trotzdem der Verband wiederholt mit Urin durchtränkt war, per primam geheilt. Das Kind hat sich sichtlich erholt. Es hat sich eine feste, straffe, ca 8 cm lange Narbe gebildet.

Dass bei der Behandlung solcher Brüche in der Linea alba nur die Radikaloperation in Frage kommt, hat Kocher bereits hervorgehoben mit den Worten: »weil hier keine prophylaktischen Vernarbungsvorgänge (wie beim Nabelbruche) die Bruchpforte verkleinern«. Die Operation gestaltet sich im Ganzen einfach

---

[2] Bumm: Verhandlungen der Naturforscherversammlung 1899. (Nach der Berliner klin. Wochenschrift.)

[3] Kocher: Hernien des Kindesalters. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. VI, Abth. 2.



und bietet nicht mehr die von Uhde[4] geschilderten Gefahren, wie Verletzung des Darmes beim Eröffnen des Bruchsackes, Peritonitis etc. Darin hat sich unsere Technik seit 30 Jahren wesentlich verbessert. Was das Verfahren selbst anbetrifft, so ist es bereits von Sänger[5] für die Nabelbrüche im Jahre 1890 geschildert worden. Das Alter des Kindes spielt dabei keine Rolle, vorausgesetzt dass man unter allen Kautelen operirt. In meinem Falle war das Kind noch außerordentlich jung und schwächlich und hat doch den Eingriff erfolgreich überstanden. Ich könnte noch mehrere Fälle von gleichaltrigen Kindern mit Leistenbrüchen anführen, bei denen die Radikaloperation mit gleich gutem Erfolge gemacht worden ist. Man hat nur seine Aufmerksamkeit darauf zu verwenden, dass die Verbände sauber erhalten und Verdauungsstörungen rechtzeitig bekämpft werden. Sorgfältige Regelung der Diät, so wie Bismuth. subnitr., einige Tage lang nach der Operation fortgegeben, haben sich hier erfolgreich besonders bei diarrhoischen Zuständen bewährt. Von der Äthernarkose habe ich keine Nachtheile gesehen.

---

20) A. Strubell. Ein neuer Beitrag zur Therapie des Milzbrandes. (Aus der med. Klinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 19.)

S. berichtet über einen weiteren (s. d. Bl. 1899. p. 432), mittels heißer Kataplasmen (bis 63° C.) und 3%iger Karboleinspritzungen erfolgreich behandelten Fall von Milzbrand des Gesichtes. Auch experimentell ließ sich der günstige Einfluss der heißen Umschläge nachweisen, indem bis in die Tiefe von 2 cm die Milzbrandbacillen in ihrer Wachsthumsenergie geschädigt resp. zum größten Theil abgetödtet waren; schon nach 6 Stunden war diese Wirkung erkennbar. — Auf die von S. angeschlossene Auseinandersetzung mit Rammstedt, C. Müller u. A. aus der Halle'schen chirurg. Klinik, in welcher bekanntlich bei Milzbrand ganz exspektativ verfahren wird, sei hier nicht näher eingegangen; Verf. glaubt dem gegenüber der in seinen Fällen angewandten Behandlung das Wort reden zu müssen. **Kramer** (Glogau).

21) Schneider. Ein Todesfall in Äthernarkose. (Aus dem Landkrankenhause in Fulda.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 52.)

Der Fall betrifft einen 58 Jahre alten Schneidermeister, bei dem S. wegen arteriosklerotischer Gangrän bei vorhandener Schrumpfniere den »Pirogoff« machte. Athmung und Puls sistirten gleichzeitig. Bei der Autopsie fand sich eine beträchtliche Dilatation und excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, Stauungshyperämie und Emphysem der Lunge, Lebercirrhose, Granularatrophie der Nieren.

S. zieht aus der bisherigen Statistik den Schluss, dass bei Äthernarkose häufiger der Tod einige Stunden nach der Narkose noch vorkommt, was bei Chloroform sehr selten ist. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

22) H. O. Marcy. Note on mortality after operation for large incarcerated herniae.

(Annals of surgery 1900. Januar.)

Verf. berichtet von der Operation zweier sehr großer Hernien, die bis über die Knie herabreichten, dass die Reposition zwar gelang, dass aber im 1. Falle (45jähriger Mann) nach 2, im 2. Falle (56jähriger Mann) nach 9 Tagen der Tod eintrat unter den Zeichen sehr starker Athemnoth. Die Sektion gab beide Male negativen Befund.

---

[4] Uhde: Beitrag zur Würdigung der Operation der Hernia umbilicalis, der Hernia lineae albae etc. v. Langenbeck's Archiv Bd. XI.

[5] Sänger: Centralblatt für Gynäkologie 1890. No. 27.

Verf. giebt die Schuld der plötzlichen Vergrößerung des intraabdominellen Druckes, durch welche namentlich die Thätigkeit des Zwerchfelles behindert würde. Er räth, bei alten, großen, irreponibeln Hernien vor der Operation eine Vorbereitungskur anzuwenden (Bettruhe, schmale Kost, Abführmittel), die den Inhalt des Bruchsackes verkleinern soll. **W. Hirt** (Breslau).

23) **M. K. Sapiejko.** Un nouveau procédé de cure radicale des grandes hernies ombilicales avec diastase des muscles grands droits.

(Revue de chir. 1900. No. 2.)

S. hat bei voluminösen Nabel- und Bauchbrüchen mit breiter Diastase der geraden Bauchmuskeln eine möglichst feste Bauchwand dadurch herzustellen gesucht, dass er nach weiter Ablösung der Haut von der Aponeurose die Aponeurose der einen Seite sammt dem etwas wund gemachten parietalen Bauchfell breit über die der anderen Seite legte und hinüberzog, an den Rändern beiderseits durch versenkte Nähte befestigte und über dieser doppelten Aponeurosenlage die Haut nach Abtragung des Unterhautzellgewebes und Resektion überschüssigen Materiales vereinigt. Eine sorgfältige Vorbereitung des Kranken vor der Operation durch salinische Abführmittel, knappe Diät, Massage und Gymnastik des Bauches ist nothwendig. Das von S. erreichte Resultat war vorzüglich, nicht bloß in Bezug auf die Schaffung einer widerstandsfähigen, straffen Bauchwand und radikale Heilung des Bruches, sondern auch hinsichtlich der Beseitigung der Enteroptose und Wiederherstellung einer normalen Form des Bauches. Die eine, während des 5. Monates ihrer Schwangerschaft operirte Pat. ist auch nach ihrer Entbindung recidivfrei geblieben und hat die angegebenen operativen Erfolge auch weiter behalten. Besonders auf Grund dieser den Werth des angewandten Verfahrens ins hellste Licht setzenden Beobachtung empfiehlt S. die Methode für die Eingangs erwähnten Fälle. **Kramer** (Glogau).

24) **Westphalen** und **Fick.** Über zwei Fälle von Perigastritis adhaesiva (pylorica). (Aus dem deutschen Alexander-Männerhospitale in St. Petersburg).

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 52.)

Die Verff. theilen ausführlich 2 von F. operirte Fälle von Perigastritis adhaesiva mit, welche sich an Magengeschwür angeschlossen hatten und welche (in dem einen Falle war die wegen Pylorusstenose vorgenommene Heineke-Mikulicz'sche Pyloroplastik nur von vorübergehendem Erfolge gewesen) durch Gastroenterostomie geheilt wurden.

Aus ihren Beobachtungen ziehen die Verff. den Schluss, dass an perigastritische Verwachsungen dann zu denken ist, wenn bei sicher konstatirtem Geschwür nach einer typischen Geschwürskur keine Besserung der Beschwerden eintritt, oder wo eine durch eine motorische Insufficienz des Magens indicirte mechanische Therapie resultatlos bleibt.

Die Lösung der Verwachsungen bei Motilitätsstörung halten die Autoren mit Rosenheim für wenig Erfolg versprechend (im Gegensatze zu Kussner und Lindner); sie wollen diese selbst bei mehr oder weniger flächenhaften Verwachsungen, und wenn keine Motilitätsstörung besteht, nur auf anatomisch ganz besonders günstige Fälle beschränkt wissen.

Die Funktionsausschaltung des verwachsenen und fixirten Pylorus muss den Angriffspunkt der Therapie bilden; die Gastroenterostomie genügt dieser Forderung. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

25) **W. S. Thorne** (San Francisco). Gastrectomy.

(Journ. of the Amer. med. Assoc.)

Verf. beschreibt einen differentialdiagnostisch sehr interessanten Fall von Magengeschwulst, bei dem totale Magenresektion ausgeführt wurde. Bei einer Waschfrau hatte sich im Laufe mehrerer Monate unter sehr heftigen krampf-

artigen Magenschmerzen eine Geschwulst im Hypochondrium entwickelt von nierenförmiger Gestalt, etwas höckerig, 4 Zoll von der Mittellinie, am Knorpelansatze der 10. Rippe gelegen, verschieblich unter das Zwerchfell gegen die Lendengegend. Die Diagnose schwankte zwischen Wanderniere mit degenerativen Veränderungen und Magenkrebs. Lage, Beweglichkeit etc. sprachen mehr für Wanderniere. Pat. war sehr heruntergekommen.

Die Laparotomie (Schnitt am Außenrande des Rectus) fand eine fast vertikal stehende Geschwulst der kleinen Curvatur, die in Folge ihrer lockeren Befestigung sehr verschieblich war. Unterbindung des großen Netzes in Partien von rechts nach links, dann des Lig. gastro-lienale und hepato-gastricum, Abklemmen des Pylorusendes mit durch Drainrohr geschützter Zange, Durchtrennung. Das ösophageale Ende, durch das Lig. gastro-splenicum fixirt, ließ sich mit ziemlicher Schwierigkeit so weit frei machen, dass die Vereinigung mit dem Pylorusende durch Murphyknopf gelang. Verstärkungsnähte in der Vereinigungszone. Geringe Spannung. Blutverlust minimal. Dauer der in Äthernarkose vollführten Operation 1 Stunde 45 Minuten.

Verf. sieht in der Verkürzung der Operationsdauer durch den Murphyknopf einen sehr wesentlichen Vortheil. Bis zu welchem Grade die Operation an und für sich ein Vortheil sei, müsse dahingestellt bleiben, für die Wissenschaft bedeute der Erfolg einen Triumph.

Leider starb die Pat. 40 Stunden nach der Operation trotz reichlicher Excitantien. Bei der Sektion fand sich das Bauchfell verklebt, keine Zeichen von Peritonitis in der Umgebung des Operationsfeldes, Vereinigung von Pylorus und Ösophagus perfekt.

Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Ausschaltung des Magens bespricht Verf. des Genaueren die Natur der Magenverdauung und kommt zu dem Schlusse, dass aus rein theoretischen Gründen eine Entfernung des Magens keine unüberwindlichen Hindernisse für den Fortgang der Verdauung und Assimilation bereite, indem die Magenverdauung künstlich vollkommen ersetzt werden kann.

Heddaeus (Trier).

26) Hohlbeck. Drei Fälle von Darmocclusion durch Meckel'sches Divertikel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Die Kasuistik der Darmverschließung durch ein Meckel'sches Divertikel bereichert Verf. durch Mittheilung dreier einschlägiger Fälle aus dem Stadtkrankenhause in Riga (v. Bergmann). Bei dem einen Pat. handelte es sich um eine seltene Situation. Das Divertikel war nämlich nicht nach Analogie der bekannten Fälle in toto eingestülpt, sondern nur die Schleimhautauskleidung desselben. In den beiden anderen Fällen lag eine Knickung des Darmes durch Zug am verwachsenen Divertikel resp. eine Knotenbildung des freien Divertikels vor. Neben genaueren Krankengeschichten giebt H. noch einige auf die Fälle bezügliche epikritische Bemerkungen und diagnostische Anhaltspunkte für das Leiden. 1 Pat. wurde geheilt, 2 starben. Die Prognose der Incarceration durch das Meckel'sche Divertikel ist im Ganzen eine sehr schlechte. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

27) T. Cohn. Über subkutane Milzruptur.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 18.)

Den in der Litteratur vorgefundenen 23 Operationsfällen von subkutaner Milzruptur (12 geheilt) reiht C. 2 neue aus Heusner's Krankenhaus an, von denen der eine, mit ungemein schwerer Blutung einhergehende, 9 Stunden nach der Verletzung operirte, ca. 36 Stunden nach der Milzexstirpation anämisch zu Grunde ging, der andere, der erst nach einer Woche post traumam schwere Anämie zeigte und desswegen zur Aufnahme kam, die Operation gut überstanden und keine weiteren Nachtheile von dem Milzverluste erlitten hat. **Kramer** (Glogau).

28) **A. Llobet.** Splénectomie totale dans un cas de déplacement et d'hypertrophie de la rate avec cancer primitif du pédicule.

(Revue de chir. 1900. No. 2.)

Die stark vergrößerte, 2500 g schwere Milz war mit der vorderen Bauchwand verwachsen und bis ins Becken hinein gesunken; an ihrem Stiele, der zwischen den Därmen und am Netze verwachsen war, fanden sich mehrere Krebsknoten, das Milzparenchym war frei von solchen. Die 22jährige Pat. überstand die Operation gut und ist bisher — 7 Monate nach der Operation — gesund geblieben.

Kramer (Glogau).

29) **H. B. Gessner** (New Orleans). Case of hepatic abscess, presenting some points of interest.

(Journ. of the Amer. med. assoc.)

Interessanter Fall von Leberabscess mit Perforation in die Pleura, geheilt durch Thorakotomie und Drainage.

Ein früher gesunder Neger hatte vor 6 Jahren einen Dysenterieanfall. April 1899 Frost und Fieber von unregelmäßigem Charakter. Kalomel, Chinin ohne Erfolg. Verstopfung. Am 6. Juli Aufnahme ins Hospital: hohes Fieber, Leber weich und vergrößert. Untersuchung des Blutes lässt Malaria und Typhus ausschließen. Pneumonische Infiltration des rechten Unterlappens, Sputum ohne charakteristische Bestandtheile, keine Tuberkelbacillen. Probepunktion im 6. Interkostalraume ergab dicken, schleimigen Eiter mit Bacillus pyogenes und Staphylokokken. 19. Juli: Fehlen des Stimmfremitus unterhalb der 4., hinter der 6. Rippe, Sputum faul, schleimig-eitrig. Diagnose: Empyem durch Perforation eines Lungenabscesses bei gleichzeitiger Entleerung nach oben. 20. Juli: Probepunktion im 8. Interkostalraume ergiebt $2^1/_2$ Zoll tief Eiter; in Lokalanästhesie (Eukain) Eröffnung der Abscesshöhle durch Resektion der 9. Rippe; stinkender Eiter. Die Höhle reicht nach vorn und abwärts bis zum rechten Hypochondrium. Druck daselbst entleert Eiter. Die nunmehrige Annahme eines Leberabscesses mit Perforation nach oben findet in der anatomischen Untersuchung entfernter Partikel ihre Bestätigung. Ausspülung mit Borwasser, Verkleinerung durch Naht, Tamponade mit Jodoformgaze.

Sofort Abfall der Temperatur. Guter Appetit. Rasche Heilung der Abscesshöhle.

8. August nochmals Aushusten von fauligem Eiter, wohl ohne Zusammenhang mit der ursprünglichen Höhle. Probepunktion negativ.

Unter Verabreichung von Eisen und Nelkenölmixtur (als Lungenantisepticum) besserten sich Auswurf und Allgemeinbefinden. Vollkommene Heilung. Über der Lungenbasis vorn und hinten bleibt leichte Dämpfung (Schwarten).

Verf. vertheidigt die wohl kaum bestrittene Annahme eines primären Leberabscesses gegenüber der möglichen Annahme eines primären Lungenabscesses. Die Wahrscheinlichkeit des Durchbruches eines Lungenabscesses durch Zwerchfell etc. ist zu unwahrscheinlich. Der Fall ist angeblich der erste geheilte seiner Art.

Als Ursache wird wohl mit Recht die voraufgegangene Dysenterie angenommen. Analog dem Verhalten der Gonokokken, die Verf. 13 Jahre nach dem Verschwinden klinischer Erscheinungen noch in der Harnröhre fand, können wohl nach 6 Jahren auch Dysenterieerreger noch auf irgend einem Wege in die Leber einwandern.

Sehr gerühmt wird die anästhesirende Wirkung des Eukain B, durch dessen Injektion an beiden Rändern der Rippen die Durchschneidung vollständig schmerzlos gelang; ferner die günstige Einwirkung des Nelkenöls auf die stinkende Expektoration. Seiner Einwirkung schreibt Verf. auch die definitive glückliche Entfernung des noch verhaltenen, in der Lunge abgesackten, eitrigen Sputums zu, das nachträglich ausgeworfen wurde.

Heddaeus (Trier).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 14. Juli.** **1900.**

Zur Ätiologie der angeborenen Hüftverrenkung.

Von

Dr. **Peter Bade** in Hannover.

In einer demnächst erscheinenden Arbeit legte ich mir die Frage vor: Kann uns die Röntgographie Aufschluss geben über die Ätiologie der angeborenen Hüftverrenkung? Die Resultate dieser Arbeit will ich kurz berichten.

Die Ursachen, welche zur angeborenen Verrenkung führen, können entweder allein im Fötus liegen, oder sie liegen in Bedingungen, welche die Umgebung des Fötus stellt, oder sie sind in beiden zu suchen. Andere Ursachen giebt es nicht.

Durch die Röntgographie können wir nur die erste Gruppe von Ursachen beleuchten; die beiden letzten können wir röntgographisch weder stützen noch stürzen. Denn wir müssten eine Röntgenaufnahme

der schwangeren Frau machen. Bei dem heutigen Stande der Technik können wir jedoch noch keine solche Aufnahmen machen vom Foetus in utero, die uns ein sicheres Urtheil über seine knöchernen Theile zulassen.

Wir sind also darauf angewiesen, nur Röntgogramme zu machen und zu studiren 1) von Luxationskindern selbst und 2) von normalen Kindern und Föten. Beides ist von mir geschehen. Um die Entwicklung des normalen Hüftgelenks und die des kranken Luxationsgelenks zu studieren, untersuchte ich die Röntgogramme von 150 Kindern der Hoffa'schen Klinik und 56 Föten. Erkrankt waren 206 Gelenke, normal 94.

Bei den Föten ließen sich Gründe, die für eine Luxation sprechen, nicht vorbringen. Da das fötale Hüftgelenk auf dem Röntgogramme noch keine knöcherne Pfanne zeigt, ebenfalls Kopf und Hals des Oberschenkels bis zur Geburt noch nicht ossificirt sind, so kann man an fötalen Röntgogrammen direkt nicht sehen, ob überhaupt eine Luxation vorliegt. Um kleine Differenzen von der Norm auf einem fötalen Röntgogramme nachzuweisen, habe ich versucht exakte röntgographische Beckenmaße aufzustellen. Sind konstante röntgographische Beckenmaße für den Fötus eines bestimmten Lebensabschnittes bekannt, weicht eine gefundene Zahl eines untersuchten Fötus in erheblicher Weise von dieser konstanten ab, so liegt der Verdacht einer Erkrankung des Beckens resp. des Hüftgelenks vor. Die anatomische Untersuchung kann die röntgographische ergänzen. Ich habe bei den Föten keine Veränderungen, die für Luxation und für die Ursachen der Luxation sprachen, gefunden. — Positiver war das Studium normaler und luxirter Hüftgelenke nach der Geburt.

Von 94 mit einseitiger Luxatio coxae congenita behafteten Kindern zeigte das Röntgogramm in 25 Fällen, also in mehr als 25%, dass auch Veränderungen im Hüftgelenk der gesunden Seite vorhanden waren. Diese Veränderungen waren meist genau dieselben, wie wir sie bei der angeborenen Luxation finden; sie waren nur nicht so scharf ausgesprochen. In einem Falle waren die Veränderungen an der Pfanne derart, dass Herr Prof. Hoffa aus diesem Befunde die Diagnose einer intra-uterin geheilten Luxatio coxae congenita zu stellen wagte.

In 18 Fällen war die typische Luxation links und die weniger starken krankhaften Veränderungen rechts.

In den anderen 7 Fällen war rechts die typische Luxation, links die ähnlichen Veränderungen.

In 2 Fällen unter den 25 Luxationen war an der einen Seite eine typische Luxation, an der anderen Seite Coxa vara.

Eine eigentliche Subluxation, wo der Kopf den Pfannenrand noch nicht vollständig überschritten hat, war einmal verhanden.

Im Wesentlichen handelte es sich immer um eine zu weite Pfanne, ein abgeflachtes oberes Pfannendach, Verdickung des seitlichen Pfannen-

grundes, um asymmetrische Atrophie und veränderte Wachsthumstendenz des Kopfes.

Aus diesen röntgographisch gewonnenen Befunden muss man unbedingt schließen, dass am Hüftgelenk primär schon in frühester Zeit Erkrankungen, durch unbekannte Ursachen veranlasst, vor sich gehen. Diese Erkrankungen führen zu den genannten Veränderungen.

Treten diese pathologischen Veränderungen in stärkerem Maße zu Tage, so kann es, wenn sekundär veranlassende Momente hinzukommen, zu einer Luxation kommen. Sind die primären Veränderungen nur geringeren Grades, so kommt es nicht zu einer Luxation. Liegen die primären Veränderungen nur in der oberen Partie des Schenkelhalses, nicht aber in der Pfanne, so kann es zu einer Coxa vara kommen.

Beide Krankheitsbilder aber, die angeborene Luxation und die Coxa vara, sind in ihren letzten Ursachen auf ein Vitium primae formationis zurückzuführen.

---

1) **Winternitz.** Bakteriologische Untersuchungen über den Keimgehalt und die Sterilisirbarkeit der Bürsten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 9.)

Ein Überbordwerfen der Bürste, wie es Schleich verlangt, erscheint dem Verf. um so weniger angängig, als wir keinen Ersatz für dieselbe kennen. W. hat auf Anregung Döderlein's an der Tübinger Klinik bakteriologische Untersuchungen über die Keimfreiheit und Sterilisirbarkeit der Bürsten angestellt, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst sind. »Es ist möglich, eine Bürste, auch wenn sie inficirt ist, durch 10 Minuten langes Auskochen in 1%ger Sodalösung keimfrei zu machen, was die Bürsten beliebig lange Zeit aushalten können. Hierbei ist jedoch Voraussetzung, dass nicht etwa Keime und Sporen von solcher Resistenz in dieselben gekommen sind, die durch diese Procedur nicht getödtet werden, was unter gewöhnlichen Verhältnissen wohl kaum angenommen werden muß. Ausgekochte Bürsten bleiben, in 1%ger Sublimatlösung aufbewahrt, steril.

Gold (Bielitz).

2) **M. Möller** (Stockholm). Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankhaftem Zustande.

(Bibliotheca medica 1900. Hft. 8.)

M. betritt mit seiner Monographie ein Gebiet, welches Jahrzehnte vernachlässigt worden ist, und auf das sich jetzt in neuester Zeit einige — meist nordische — Forscher wagen. In einer recht ansprechenden Einleitung verweist M. auf den Einfluss des Lichtes auf Pflanzen- und Thierwelt; er erinnert uns, dass der Duft und die Farbenpracht ein und derselben Blume ganz verschieden ist, je nach dem Licht, welches die Zone, in der die Blüthe zur Entwicklung

kam, besitzt. Die duftendsten Pflanzen liefert die gemäßigte Zone unseres Erdtheiles, während der Süden die farbenreichsten — leider an Geruch ärmeren — Blumen uns zeigt.

Das Werk selbst zerfällt in 2 Haupttheile; der erste beschäftigt sich mit dem Einflusse des Lichtes auf die Haut im gesunden Zustande, während im zweiten der Einfluss auf die Haut im krankhaften Zustande zur Besprechung kommt. Im ersten Theile verweist M. auf den bekannten Einfluss der Sonne auf die Haut, das Erythema solare, geht dann dazu über, den Zusammenhang zwischen Licht und Hautfarbe, die Permeabilität der Gewebe gegenüber den ultravioletten Strahlen, die Reaktion der Gewebe auf Licht, die histologischen Veränderungen in den bestrahlten Geweben zu besprechen. Bei der Bearbeitung der Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen berührt er auch die Frage, ob der Sonnenstich die Einwirkung dieser Strahlen sei, und kommt zu dem Schlusse, dass dies kaum der Fall sein kann, sondern dass wahrscheinlich die Wärmewirkungen der Sonnenstrahlen in erster Linie als Ursache anzusprechen seien.

Nach Besprechung der Schutzvorrichtungen gegenüber den kurzwelligen Strahlen — den natürlichen: Hyperämie, Pigmentirung, den künstlichen: Tragen von rothen resp. gelben Schutzhüllen — wendet sich M. zum letzten Abschnitte dieses Haupttheiles, zu den Veränderungen, welche die Röntgenstrahlen auf die Haut ausüben: Dermatitiden, Hyperästhesien, Neuralgien etc.

Der zweite Theil der Arbeit ist, wie oben erwähnt, dem Einflusse des Lichtes auf die Haut im krankhaften Zustande gewidmet.

Zunächst bespricht Verf. die Krankheiten, die durch Lichtwirkung hervorgerufen werden: Dermatosen.

1) Eczema solare. 2) Hydroa aestivale mit seinen Unterabtheilungen. 3) Xeroderma pigmentosum und im weiteren die Erkrankungen, welche durch die Einwirkungen der Lichtstrahlen in ihrem Verlaufe beeinflusst werden — Pellagra, Variola.

Der Schluss der Arbeit wird durch die Kapitel über die therapeutische Verwendung des Lichtes bei Hautkrankheiten gebildet. Ausgehend von dem zum Theil entwicklungshemmenden, zum Theil abtödtenden Einflusse des Lichtes auf Bakterien versuchte man die Lichttherapie bei einigen Hautkrankheiten, und zwar, so weit es M.'s Veröffentlichungen, die meist die Finsen'schen Beobachtungen wiedergeben, ersehen lassen, mit gutem Erfolge bei Lupus, Alopecia areata; allerdings gehören 4—6—12monatliche Behandlungszeiten dazu. Anschließend daran bespricht er noch die Erfolge der Röntgentherapie und meint, dass dieselben doch so ermuthigend seien, um fortgesetzt zu werden.

Die Lekture dieses sehr flott geschriebenen interessanten Werkes ist sehr empfehlenswerth. **H. Wagner** (Breslau).

---

3) **v. Eiselsberg** und **Ludloff.** Atlas klinisch-wichtiger Röntgenphotogramme, welche im Laufe der letzten 3 Jahre in der kgl. chir. Universitätsklinik zu Königbergs i/Pr. aufgenommen wurden.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1900. 37 Taf.

Der Atlas stellt eine Auswahl ausgezeichneter Röntgenphotogramme dar, durch welche die am häufigsten vorkommenden Frakturen, Knochen- und Gelenkserkrankungen illustrirt werden; außerdem finden wir die Bilder von Fremdkörpern in der Speiseröhre, den Harnleiter- und Blasenstein, Murphyknopf im Darme, Echinococcus suppurativ. renis. Leider kann man wegen der Fülle des Materials nicht auf die einzelnen Bilder eingehen, die an Güte der Ausführung jedem Röntgographen als Muster dienen können.

Kurze Krankengeschichten sind den Bildern beigegeben.

E. und L. halten das Studium des Röntgenbildes für ersprießlicher an der Platte selbst als am Abzuge, sie haben aus dieser Ansicht heraus nur Negative veröffentlicht.

Der Atlas bietet eine wünschenswerthe Bereicherung des Lehr- und Lernmaterials. **H. Wagner** (Breslau).

---

4) **Contremoulins.** La radiographie des fractures.

(Presse méd. 1900. No. 34.)

An der Hand verschiedener Bilder zeigt C., welchen Irrthümern man bei der Röntgen-Photographie gebrochener Glieder ausgesetzt ist, und wie durch geringe Verschiebung der Röhre eine Dislokation vorgetäuscht werden kann, die thatsächlich nicht besteht, und umgekehrt. Er empfiehlt daher, stets unter denselben Bedingungen die Aufnahmen zu machen, die Röhre in einer Entfernung von 50 cm von der Platte zu fixiren und darauf zu achten, dass die Axe des Strahlenbündels genau senkrecht in die Mitte der Frakturstelle fällt. Natürlich muss man neben der Aufnahme von vorn nach hinten eine solche von der Seite vornehmen. **Sultan** (Göttingen).

---

5) **Tuffier.** Réduction des fractures et radiographie.

(Presse méd. 1900. No. 3.)

In 45 vom Verf. behandelten Fällen von Knochenbrüchen kontrolirte er vor und nach der Anlegung des Gips- oder Extensionsverbandes die Stellung der Fragmente mittels Röntgen-Strahlen und konstatirte dabei: 1) wie häufig die Brüche nicht exakt reponirbar sind, 2) dass es in gewissen Fällen nothwendig ist, in offener Wunde die Reduktion zu vollziehen, und 3) dass eine vollkommene Reduktion bei Diaphysenbrüchen unnöthig, dagegen wichtig bei Gelenkbrüchen ist.

Beim Reponiren von Brüchen und Verrenkungen in offener Wunde hat sich T. wiederholt davon überzeugt, dass der Zug am peripheren

Gliedabschnitte hauptsächlich auf die Weichtheile wirkt und nur in geringem Maße sich auf die Knochen überträgt. Er stellt deshalb für solche Fälle die Forderung auf, den Zug direkt auf die Knochenfragmente wirken zu lassen, und hat, um die Knochenenden gut fassen zu können, eigene Apparate konstruirt, deren Publikation er einer späteren Mittheilung vorbehält. **Sultan** (Göttingen).

---

6) **A. Blencke.** Über orthopädische Apparate.

(Sep.-Abdr. aus »Deutsche Praxis« III. Jahr. Hft. 5, 14 S.)
München, **Seitz & Schauer,** 1900.

Würde Jemand das Kapitel über orthopädische Apparate, wie es seit Volkmann abgehandelt wird, einer vergleichenden Betrachtung unterziehen, so würde er sich vielleicht darüber wundern müssen, wie viel noch heute an manchen Orten von der alten Volkmannschen Orthopädie vorhanden ist. Bis zu Volkmann braucht man nun allerdings bei der vorliegenden Arbeit nicht zurückzugehen. Es ist nicht gerade angenehm, feststellen zu müssen, dass B. kein Bedenken getragen hat, andere Arbeiten zu kopiren. Das gilt besonders von einer Arbeit, welche Schanz unter dem gleichen Titel veröffentlicht hat (cf. Centralblatt für Chirurgie 1898, No. 52). Sehen wir auch von der gleichen Disposition ab, so ist es doch sehr auffällig, dass großentheils der Wortlaut der Schanz'schen Arbeit ohne Quellenangabe wiedergegeben ist. Aus Hoffa's Lehrbuch, nicht weniger aus einer Arbeit von Vulpius (cf. Centralblatt für Chirurgie 1898, No. 6) citirt B. ebenfalls ohne Quellenangabe. Es gehört schon eine gewisse Kombinationsgabe dazu, Sätze eines Autors an die eines anderen zusammenhängend zu fügen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

7) **F. Lange** (München). Über periostale Sehnenverpflanzungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Wenn L. für eine Anzahl von leichteren Deformitäten das bisher übliche Verfahren der Herstellung einer neuen Verbindung zwischen einer durch Lähmung mehr oder weniger geschwächten, atrophischen Sehne und einem gesunden Muskel ausreichend gefunden hat, versagte diese Methode bei schwereren Lähmungsdeformitäten, weil sich die atrophische Sehne nach der Verbandabnahme unter dem Einflusse der Muskelkontraktionen verlängerte. L. hat desshalb in einer Reihe solcher Fälle das schon von Drobnik, wenn auch ohne den gewünschten Erfolg, angewandte Verfahren weiter ausgebildet, den kraftspendenden Muskel nicht mit der gelähmten Sehne, sondern direkt mit dem gespaltenen und etwas abgehebelten Periost, und zwar an einer für die Funktion des neugebildeten Muskels zweckentsprechendsten Stelle so zu vernähen, dass eine möglichst große Spannung erzielt wurde. Unter den die Verwendbarkeit dieser

periostalen Sehnenverpflanzung und die von L. erreichten günstigen Erfolge illustrirenden Krankengeschichten interessiren ganz besonders diejenigen, welche Kinder mit Quadricepslähmungen betrafen. Bei letzteren ging Verf. so vor, dass er zunächst die Sehne des M. biceps und M. semitendinosus an ihrer Insertion am Knochen ablöste, sie subkutan nach vorn führte und, da sie zu kurz waren, durch Einflechten von starken Seidenfäden verlängerte, bis sie sich mit dem Periost der Tuberositas tibiae vernähen ließen. Diese künstlichen Sehnen sind bei allen 3 in dieser Weise operirten Kindern eingeheilt, mit der Zeit bleistiftdick geworden und wirken so günstig, dass die Kinder sicher zu gehen und das Bein zu erheben und den Unterschenkel zu beugen und zu strecken vermögen. Eben so günstig waren die am Fuß erzielten Resultate bei Lähmung des Tibial. ant. und Extens. digit., oder der Peronei, des Gastrocnemius etc.; die mitgetheilten Krankengeschichten geben Aufschluss über die in diesen Fällen von L. angewandte Methode. **Kramer** (Glogau).

---

8) **de Smitt** (Amsterdam). Erwiderung auf Dr. M. Jagerink. Ein offener Brief an Herrn Dr. G. Zander.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. Bd. VII. Hft. 4.)

Verf. geht auf die Angriffe Jagerink's auf G. Zander (cf. Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 50) näher ein und widerlegt dieselben Punkt für Punkt in treffender Weise, wobei er zu seinem Bedauern gestehen muss, dass auf ihn der offene Brief Jagerink's den Eindruck machte, nichts als ein Tendenzartikel zu sein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

9) **A. Schanz.** Über Spondylitis typhosa.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

S. hatte Gelegenheit, einen Fall von Spondylitis nach Typhus abdominalis zu beobachten. Er publicirt diesen Fall und referirt im Anschlusse daran die wenigen kasuistischen Beiträge, welche seit Quincke's Arbeit über diese Erkrankung veröffentlicht sind. Übrigens zweifelt er den ersten Fall Quincke's als Spondylitis an. Die Symptome sind seiner Ansicht nach dafür zu unbestimmt und wechselnd und lassen sich auch ganz gut als eine Entzündung der Lendenmuskulatur erklären. Verf. entwirft des Weiteren das klinische Bild der Spondylitis typhosa und trennt einen mehr chronischen Verlauf von den akuteren Fällen. Die ersteren können bei langer Latenz und spätem Inerscheinungtreten mit tuberkulösen Processen verwechselt werden. Leichter diagnosticirbar sind dagegen die akuten Fälle, weil sie mehr im Anschlusse an das Grundleiden entstehen, zu Schmerzhaftigkeit und sichtbarer Anschwellung führen. Indessen kann letztere fehlen. Auch Abscedirungen können auftreten und das nahe gelegene Rückenmark in den Process mit einbezogen werden. Fieber ist kein konstantes Symptom. Häufig treten neben dem

spondylitischen Herde noch andere Eiterungen auf. So war bei der Pat. des Verf. eine Glaskörpervereiterung und ein Herd an den oberen Extremitäten aufgetreten. Der Lendentheil der Wirbelsäule ist die Prädilektionsstelle der typhösen Wirbelerkrankung, welche an sich anscheinend keine schlechte Prognose liefert. Über die auslösende Ursache des Knochenleidens ist nichts bekannt. Trauma spielt wohl keine Rolle. Deformitäten wurden bisher bei dieser Form der Spondylitis nicht beobachtet. Die Therapie besteht in leichten Fällen in Rückenlage, antiphlogistischen lokalen Mitteln, Extension der Wirbelsäule durch lordotische Einstellung der Wirbelsäule. In schwereren Fällen muss das Gipsbett oder ein Stützkorsett angewendet werden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

10) **M. Haudeck.** Die moderne Behandlung der Spondylitis.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 42 u. 43.)

Nach Wiedergabe der verschiedentlichen Meinungen über die beste Behandlung der Spondylitis berichtet der Autor über seine eigne Behandlungsmethode. In ganz frischen Fällen Extension ohne Narkose in einem von ihm für die Anlegung des Reklinationsgipsbettes und Dr. Calot'sche Redression gebauten Gestell mittels gezahnter Schraube und Kurbel unter sorgfältiger und vorsichtiger Dosirung der Kraft. Es stellt sich dabei eine leichte Lordose der Wirbelsäule her, und der eventuelle geringe Buckel verschwindet ohne Anwendung örtlichen Druckes. Dann Anlegung eines Gipsverbandes zur ambulanten Behandlung, später eines Hessing'schen Stützkorsetts.

Bei etwas älteren Fällen mit bereits ausgebildetem, jedoch noch nicht konsolidirtem Buckel ebenfalls horizontale Extension (nicht über 20—30 kg an jedem Beine) ohne Narkose; eventuell Stellungsverbesserung und Verschwindenmachen des Buckels durch Lordosirung der Wirbelsäule und Gipsverbandfixation des Erfolges. Bei hochgradigem, vollkommen fixirtem Buckel kann man durch Lordosirung der Wirbelsäule und Stellungsverbesserung in den paragibbären Abschnitten den Buckel immerhin noch gut verdecken. Bei Vorhandensein alter spondylitischer Lähmungen, die jeder konservativen Behandlung Trotz geboten haben, darf man das Calot'sche Verfahren, eventuell unter Narkose und auch in energischerer Anwendung, als in den anderen Fällen, versuchen.

Herm. Frank (Berlin).

---

11) **Hoffa.** Neuere Fortschritte in der Skoliosenbehandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. Bd. VII. Hft. 4.)

Während die allgemeine Gymnastik eine Kräftigung des Gesammtorganismus bezweckt, besteht die Aufgabe der speciellen Gymnastik darin, die »denkbar beste Haltung« (»the best possible posture« [Roth]) zur habituellen zu gestalten. Verf. lässt nun zunächst die Patt. mit unbekleidetem Rücken in der denkbar besten Haltung

freie Übungen und Widerstandsbewegungen ausführen, welche er als Strecküburgen bezeichnet. Dann folgen aktive Redressirübungen in verschiedenen Stellungen, die bis zur Umkrümmung der Skoliose fortgeführt werden. Zur Unterstützung der Behandlung hat Verf. nach dem Vorbild der aktiven Redressirübungen einen neuen Gymnastikapparat konstruirt, nämlich einen Rahmen mit verstellbaren Pelotten, Tretvorrichtung und Vorrichtung zur Suspension des einen Armes. Ferner empfiehlt Verf., da man mit einem gewöhnlichen Korsett die Wirbelsäule in ihrer bestmöglichen Haltung nur festhalten, nicht redressiren kann, die Anbringung einer Pelotte an das Korsett. Die Pelotte wird von einem Stahlstab getragen, der an den zwei hinteren absteigenden Ästen der Beckenbügel befestigt ist und sich wie eine redressirende Hand auf den Rückenbuckel legt. Vermittelst dreier über einander liegender Schrauben ohne Ende kann die Pelotte mit großer Kraft nach allen Richtungen hin bewegt werden.

J. Riedinger (Würzburg).

---

12) **A. Schanz.** Über die Bedeutung der portativen Apparate in der Skoliosenbehandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Der Streit, welcher sich auf dem letzten Naturforscherkongress über die Frage entsponnen hat, ob bei der Skoliosenbehandlung die portativen Apparate, speciell das Korsett, Nutzen oder Schaden stiftet, was von verschiedenen Autoritäten auf diesem orthopädischen Gebiet ganz und gar verschieden beantwortet wurde, giebt S. Gelegenheit, genau auf die Indikationen der Skoliosenbehandlung und auf den Werth der verschiedenartigen Stützapparate einzugehen. Er unterscheidet streng zwischen der Behandlung der entstehenden und der ausgebildeten Skoliose. Die hosenträgerähnlichen Apparate haben nach seiner Anschauung nicht den geringsten Nutzen. Dagegen erscheinen ihm die unkomplicirten Stützapparate, welche einen Theil der auf der Wirbelsäule ruhenden Last abnehmen, bei richtiger Auswahl als ein rationelles Mittel besonders dafür, den skoliosirenden Process aufzuhalten. Eine Korrektion der Deformität sollen und können diese Apparate nicht geben. Dies bezwecken wiederum andere Apparate, welche einen Zug in der Längsrichtung der Wirbelsäule und einen Druck auf vorragende Punkte derselben ausüben sollen. In portativen Apparaten ist es nicht möglich, diese Wirkung mit Sicherheit zu erzielen. Die Druckkräfte insonderheit werden konsumirt, wo sie gar nicht wirken sollen, und können, wie die Hessing'schen Korsetts, den Rippenbuckel verschärfen. Die redressirenden Apparate sind nicht in der Lage, mehr als einen kosmetischen Effekt zu veranlassen. Es bedarf sogar bei ihnen wichtiger Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung von Verschlimmerungen bei ihrem Tragen. S. glaubt nicht, dass wir mittels Neukonstruktion von derartigen Hilfsmitteln weiter kommen. Bis jetzt ist also das Ziel der an sich

zweckmäßigen Stützapparate nicht die Korrektion der Deformität, sondern das Aufhalten einer weiteren Verschlimmerung.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

13) **E. Slajmer.** Die Behandlung der Spina bifida, mit besonderer Berücksichtigung der Heteroplastik.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 12.)

Zur Deckung der Knochenlücke hat der Autor in 2 beschriebenen Fällen, bei Kindern von $1^1/_2$—6 Jahren, mit Erfolg Celluloidplatten, die eine von 2 cm im Durchmesser, die andere 4 cm lang, 3 cm breit, benutzt, welche reaktionslos einheilten und nach 2 Jahren noch in situ getroffen wurden. Die Knochenlücke war im ersten Falle für die Fingerkuppe durchgängig, im zweiten 3 cm lang, 2 cm breit. Das Verfahren hält auch der Autor nur da angezeigt, wo eine Autoplastik sich unmöglich erweist. Denn gegenüber diesen günstigen Erfahrungen mit der Einheilung von Celluloidplatten stehen auch einige, zum Theil interessante Misserfolge. Bei einem Schulterdefekte stieß sich die Platte nach 5jährigem, durchaus reaktionslosem Verweilen spontan ab. In einem anderen Falle (komplicirte Schädelfraktur) heilte die primär nicht ganz mit Haut zu überdeckende Platte doch ein, nachdem 2 Wochen später die übrig gebliebene Lücke der Bedeckung durch Hautplastik geschlossen war. Sie musste aber nach 4 Monaten wieder wegen epileptischer Krämpfe entfernt werden (wo sie sich mit der Dura verwachsen zeigte). Die Lücke wurde dann aber nicht offen gelassen, sondern mit einem Periostknochenlappen gedeckt mit folgender Besserung des Befindens. In den Anfällen hatte sich die Platte in Folge des vermehrten Druckes immer hervorgewölbt. Diese Erfahrung stimmt nicht ganz zu der Kocher'schen Theorie.

Herm. Frank (Berlin).

---

14) **A. Bock** (Göttingen). Erfahrungen über die Elektrolyse, speciell in der Nasenbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 15.)

In einigen Fällen über Ozaena hat Verf. mit Zuhilfenahme der Elektrolyse vorübergehende Besserung der Einzelsymptome, besonders eine auffallende Abnahme des Fötors konstatiren können. Auch bei Acne rosacea konnte er, namentlich vom kosmetischen Standpunkte aus, gute Erfolge erzielen. Warzen, Naevi, verkalkte Atherome, Aurikularanhänge etc. wurden ausnahmslos ohne sichtbare Narbe beseitigt.

Am besten jedoch bewährte sich die Elektrolyse bei Difformitäten der Nasenscheidewand, bei Deviationen sowohl, als auch Spinen und Cristen der Nasenscheidewand. Im Durchschnitt sind für den Einzelfall 6—7 Sitzungen nothwendig gewesen. Die Schmerzhaftigkeit an der Applikationsstelle ist selten nennenswerth, kann übrigens durch vorherige Cocainisirung abgeschwächt werden und verliert sich sehr

rasch. Blutungen treten selten auf, nie stark. Die Heilung erfolgte in allen Fällen ohne Verzögerung oder Entzündung.

Gegenüber den übrigen gebräuchlichen Methoden hat die Elektrolyse folgende wesentliche Vortheile: keine oder nur geringe Schmerzhaftigkeit, keine Blutungen, keine Nachbeschwerden, keine wesentliche Störung in der täglichen Lebensweise und Berufsausübung, Heilung fast immer ohne Perforation und Infektion. Von besonderer Wichtigkeit ist ferner: die Garantie zur Vermeidung von Synechien; die Arbeit geschieht unter Aufsicht des Auges, weshalb die Einschmelzung nach Wunsch und Plan des Arztes fortschreitet, und endlich kann die Behandlung auch ohne Rücksicht auf Störungen im Allgemeinbefinden geschehen.

Vergleicht man mit dem Verfahren der Elektrolyse die übrigen gangbaren Methoden, so steht ihr gegenüber die Galvanokaustik insofern zurück, als die Anwendung derselben dem Pat. heftigere Schmerzen verursacht und der Nachschmerz lästiger ist, oft noch Wochen nach der Operation andauert; zudem besteht bei der Galvanokaustik die Gefahr der Synechienbildung. Die mechanische Geradrichtung mit oder ohne Incision wird nur in wenigen frischen, traumatischen Fällen und bei Kindern in Anwendung kommen. Die Resektion hat wohl den großen Vortheil der sofortigen Beseitigung des Athmungshindernisses, dagegen ist bei ihr die Schmerzhaftigkeit am größten, es kommt bei ihrer Anwendung immer zu Blutungen, welche das planmäßige Operiren sehr erschweren; dann gehören Perforationen nicht zu den Seltenheiten, und die Operation, Nachbehandlung und die Gefahr der Nachblutung erfordern zumeist ein völliges Aussetzen der Berufsthätigkeit. Das gleiche gilt von der Schmidt-Spieß'schen Trephinenbehandlung, sowie von der Ziem'schen mit Rotationsmaschine. Die Elektrolyse vereinigt in sich alle Vorzüge der einzelnen genannten Methoden und hat nur den einen Nachtheil der längeren Behandlungsdauer. **Gold** (Bielitz).

---

15) **A. Sargnon** (Lyon). Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte.

Paris, **Baillière et fils,** 1900. 651 S. 3 Taf. 47 Abb.

Ausführlich wird in den ersten 262 Seiten Instrumentarium, Technik und Werth beider Operationen besprochen, wobei S. den Tuben Bayeux's im Allgemeinen den Vorzug einräumt vor den O'Dwyer'schen; sie sind kürzer und besser kalibrirt in einer dem Alter entsprechenden Form der Kehlkopflichtung. Dauer der Intubation, Arten der Extubation, die Frage, ob der Faden gelassen oder sofort gelöst werden soll — die Folgen der Intubation, die nach Tracheotomie eintretenden Störungen und ihre Behandlung — alles wird eingehend erörtert, zum Theil unter Berufung auf Leichenversuche.

S., der an Garel's Klinik reiche Erfahrung über Intubation gesammelt hat, bekennt sich von vorn herein als Anhänger derselben

und stellt ihr in Folge dessen ziemlich weitgehende Indikationen; seine Ausführungen gliedert er nach dem Sitze der Erkrankung und wägt die Verfahren gegen einander ab, je nachdem sich's um Processe oberhalb des Kehlkopfs (Nase, Rachen, Mundhöhle), im Kehlkopfinnern (akut und chronisch entzündliche Vorgänge, Verletzungen, Missbildungen, Geschwülste), der Kehlkopfumgebung, der Luftröhre, ihre Äste (Kompression durch Aneurysmen, Geschwülste etc.) handelt. Die Indikationen sind daher eingehend specialisirt und können hier nur in den am Schlusse des Werkes zusammengefassten Hauptzügen wiedergegeben werden.

Sie sind

1) rein gelegentlich. Die Intubation verlangt scharfe, intelligente Überwachung und fast beständige Nähe des Arztes, der in längstens 2 Stunden zu erreichen sein muss. Sie wird daher in der Landpraxis wenig Anwendung finden können. Dagegen ist sie schneller und ungefährlicher, dabei unblutig auszuführen, wesshalb Eltern und Pat. sich früher zu ihr entschließen werden.

2) Bezüglich der therapeutischen Indikationen ist die Intubation im Großen und Ganzen bei den mehr zeitweiligen, heilbaren Stenosen (akute Vorgänge) am Platze, vor Allem auch bei syphilitischen Stenosen, während bei unheilbaren Erkrankungan eine frühzeitige Tracheotomie vorzuziehen ist. Fast ausschließlich gehört ihr das Gebiet der Trachealstenose und der Fremdkörper in den Bronchen, während bei tiefsitzender Stenose die Schrötter'sche Dilatation zu empfehlen ist. Bei Schwangeren, Kreißenden sei die Tracheotomie im Principe zu verwerfen, selbst bei Tuberkulose; eben so sei die präventive Tracheotomie nach Möglichkeit zu verlassen. Bei Tracheotomie in Folge von Aneurysma sollen die üblichen Kanülen keine Verwendung finden (Usur).

3) Es kommt endlich der Intubation ein diagnostischer Werth zu, wenn der Sitz der Stenose nicht durch andere Untersuchungsmethoden zu ermitteln ist; das Fortbestehen der Athemnoth nach Intubation deutet auf Sitz der Stenose in Trachea oder Bronchen.

Schließlich wird auch von manchen Autoren (Bokai, Massei u. A.) die Intubation als präventiver Akt von Tracheotomie empfohlen, um diese zu erleichtern und gefahrloser zu gestalten.

Verf. hat sich bemüht, seinen Stoff gründlich zu erschöpfen, und theilt auch eine Reihe neuer, lehrreicher Beobachtungen mit; es sei daher das Werk den Interessenten zum Studium empfohlen. Dass S. mit der deutschen Litteratur nicht auf bestem Fuße dabei steht, beweisen z. B. mehrfache Namenverstümmelungen (wie Tredelenburg, Wirchow u. A. m.). **Christel** (Metz).

---

16) W. Banks. The Lettsomian lectures being practical observations on cancer of the breast.

(Delivered before the med. soc. of London 1900. März 5.)
(Brit. med. journ. 1900. März 10, 24; April 7.)

Verf. giebt einen Überblick über die reichen Erfahrungen, welche er in der Behandlung des Brustkrebses gesammelt hat, und erörtert im Zusammenhange damit einige allgemeine Fragen, welche auf den Krebs Bezug haben. Er ist auch der Meinung, dass das Carcinom an Häufigkeit immer mehr zunimmt und auf dem besten Wege ist, im Laufe der Jahre sich zu einer gefährlicheren Volkskrankheit auszuwachsen als selbst die Tuberkulose. Als Hauptursache dieser Erscheinung betrachtet er die Hebung des Wohlstandes in den letzten Jahrzehnten verbunden mit der Verbilligung der Nahrungsmittel, wodurch es möglich wurde, dass eine allgemeine Überernährung der weitesten Volksschichten, namentlich aber der oberen, zu Stande kam. Daraus würde sich auch die größere Zunahme des Krebses in den Städten erklären, wo die meisten Nahrungsmittel konsumirt werden. Für ein Individuum über 40 Jahre alt hält B. es für schädlicher, viel zu essen als viel zu trinken, und weist darauf hin, dass der Krebs hauptsächlich wohlgenährte Individuen betrifft.

In der Ätiologie spielt die Heredität eine große Rolle in so fern, als eine Konstitution geschaffen wird, welche den Schädigungen, die den Krebs erzeugen, am ehesten unterliegt. Ferner legt B. dem Trauma besonders in der Ätiologie des Brustkrebses eine große Bedeutung bei.

Bezüglich der während der letzten 10 Jahre auf der einen Seite so lebhaft vertheidigten, auf der anderen so hartnäckig angefochtenen Theorie vom parasitären Ursprunge des Krebses glaubt Verf., dass dieselbe einen wahren Kern enthält. Er findet, dass die von Russel, Sondakewitsch, Ruffer, Sanfelice und Roncali beschriebenen Dinge sich sehr ähneln und jedenfalls als Zellen sui generis und nicht als Degenerationsprodukte anzusehen sind, wenn auch noch keine Einigung darüber erzielt werden konnte, ob dieselben zu den Protozoen, Koccidien oder Blastomyceten zu rechnen sind.

Betreffs des Brustkrebses ist B. der Meinung, dass derselbe sich in weitaus den meisten Fällen auf dem Boden einer chronischen interstitiellen Mastitis entwickelt. Die letztere im Klimakterium so weit verbreitete Erkrankung, und nicht die nach akuten Mastitiden hinterbleibenden Narben im Drüsengewebe bildet die Gefahr für die spätere Entwicklung des Krebses. Es giebt einen präcarcinomatösen Zustand des Brustdrüsengewebes, welcher auch bedingt, dass der Krebs, wenn er einmal an einer Stelle zur Entwicklung gelangt ist, sich weithin über die Drüse hin verbreitet. Beadly konnte in nahezu 100 wegen Carcinom entfernten Brüsten histologische Veränderungen, Epithelwucherungen an Stellen nachweisen, welche von der eigentlichen Geschwulst weit ablagen. Er kommt zu dem Schlusse,

dass diese Veränderungen auf dieselben Ursachen zurückzuführen sind, welche die Entwicklung des Carcinoms bedingen.

Bezüglich der Therapie geht die Meinung von B. dahin, dass ein Fortschritt von der weiteren Ausbildung der operativen Technik, in dem Sinne radikalere Operationsmethoden, als die jetzt meist übliche, in Anwendung zu bringen, kaum zu erhoffen ist. Der Weg, der allein zu weiteren Erfolgen führen kann, ist die möglichst frühzeitige Diagnose. Jede Härte in der Brust, welche bei Behandlung nicht bald schwindet, ist zu entfernen, und erweist sich dieselbe auf dem Durchschnitte als verdächtig, so ist die Entfernung der ganzen Mamma mitsammt Ausräumung der Achselhöhle vorzunehmen. Vor Fehldiagnosen, Verwechslung mit chronischer Mastitis, Fibro-adenom, Cysten schützt sich Verf. dadurch, dass er die Geschwulst allemal zuerst vor der weiteren Operation incidirt.

Vor gar zu weit gehenden Operationen, wie sie neuerdings von Halsted inaugurirt worden sind, vor dem steten Absuchen der Supraclaviculargruben, wenn nöthig der Entfernung des ganzen Schlüsselbeins, warnt Verf. Ist der Krebs einmal so weit vorgedrungen, so kann auch die ausgedehnteste Operation die Kranke nicht mehr erretten.

Eben so hält B. die Entfernung der sternalen Portion des M. pectoralis major und die Durchschneidung des M. pectoralis minor zum Zwecke der Absuchung der Achselhöhle für überflüssig. Andererseits wendet er sich scharf gegen die Bestrebungen derer, die einem minder eingreifenden Verfahren, als dasjenige, welches er befürwortet, das Wort reden. Sein Modus ist derselbe, wie er wohl allgemein in Deutschland angewendet wird. Besonders empfohlen wird, möglichst viel Haut fortzunehmen, da diese als sehr gefährlich für das Auftreten der Recidive zu betrachten ist.

Zum Schlusse giebt B. eine Zusammenstellung der von ihm operirten Mammacarcinome, im Ganzen 273, von denen 175 zur Beurtheilung der Endresultate herangezogen werden können. 108 blieben ohne lokales Recidiv. 73 von diesen Operirten lebten über 3 Jahre und zwar

40 lebten 3—6 Jahre nach der Operation
28 » 2—14 » » » »
5 » 16—21 » » » »

Angesichts dieser Resultate ist die Ansicht berechtigt, dass bei rechtzeitigem Eingreifen, bedingt durch eine möglichst frühzeitige Diagnose, die Erfolge der operativen Chirurgie auf dem Gebiete des Mammacarcinoms noch bedeutend zu bessern sind.

Weiss (Düsseldorf).

---

17) **A. Pinard.** Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 9.)

Die 6 Beobachtungen des Vortragenden bieten mehrfaches Interesse, so z. B. Fall 6, wo der nicht entzündete Wurmfortsatz als schnürender Strang Darmverschluss herbeiführte. Das Hauptinteresse liegt in dem gleichzeitigen Bestehen der Schwangerschaft, wodurch die Diagnose erschwert wird. P. stellt nach Bericht der Krankengeschichte mehrere Thesen auf, deren Hauptsinn ist: In der Schwangerschaft verläuft die Appendicitis schwerer als sonst; es ist so früh als möglich einzugreifen, was nur geschehen kann, wenn frühzeitig die richtige Diagnose gestellt wird. Die Verwechselungen mit drohendem Abort, spontaner Ruptur des Uterus, Hyperemesis u. s. w. werden vermieden, wenn sich der Arzt an die klassischen Zeichen hält: frequenter Puls, erhöhte Temperatur, Schmerzhaftigkeit am Punkt Mac Burney's, défense de la paroi, Stuhlverhaltung. Der Arbeit sind drei mikroskopisch-anatomische Tafeln (strikturirende Appendicitis) beigefügt.

Christel (Metz).

---

18) **G. Marion.** De la hernie inguino-superficielle.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris LXXIV. T. 1.)

Die 3 Varietäten Hernia ing. superf. abdominalis, cruralis und perinealis haben folgende gemeinsame Kennzeichen:

1) Es liegt auf der dem Bruche entsprechenden Seite der Hoden in Ektopie (im Kanale oder selbst in der Bauchhöhle);

2) Die Bruchpforte ist sehr weit, die Kanalrichtung gerade von hinten nach vorn;

3) Vielfach erscheint der Bruch gelappt in Folge der ungleichen Dicke der bedeckenden Schichten.

Die Entstehung des Bruches erklärt sich Verf. wie Broca; der Weg in den Hodensack ist verschlossen, weil der Descensus nicht stattgefunden hatte; es bahnt sich also der Bruch seinen Weg durch die Fascien. Die einmalige Beobachtung, dass eine Hernia superf. ohne gleichzeitige Ektopie entstand, widerspricht dem nicht; in diesem Falle hatte ein schlechtsitzendes Bruchband den Eintritt in den Hodensack verlegt, den Kanal jedoch nicht verschlossen.

Die Diagnose der Hernia ing. superf. stützt sich auf die Leere des Hodensackabtheils derselben Seite, den geraden Kanalverlauf und die Oberflächlichkeit des Bruches (Verschieblichkeit und Weichheit bei Spannung der Bauchdecken).

Bei der stets anzurathenden Radikaloperation kommt die Herableitung des Hodens in den Hodensack oder bei Unausführbarkeit dieses Verfahrens die Exstirpation in Frage.

Den Schluss der Arbeit bildet die Wiedergabe von 11 Beobachtungen, zum Theil als Referat, darunter 2 dem Verf. eigene.

Christel (Metz).

---

19) M. Letulle. Ganglions lymphatiques pariétaux de l'estomac.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. December.)

L. lenkt die Aufmerksamkeit auf Lymphknötchen, die in der Magenwand selbst sitzen, in der Muscularis und unter der Serosa, und bis 6 mm Länge erreichen können. Bei seinen 5 Beobachtungen gehörten die Drüsen theils der vorderen Magenwand, theils der Pylorus- bez. der Cardiagegend an. Bei Betastung der Magenwand sind sie leicht zu finden. L. vermuthet in ihnen den Schlüssel zum Verständnis mancher Fisteln und perigastritischen Abscesse und Phlegmonen der Magenwand. — Auch für die Magenresektion dürfte die Berücksichtigung solcher Lymphknoten von Belang sein.

Christel (Metz).

---

20) M. Robson. Abstracts of the Hunterian lectures on the surgery of the stomach.

(Brit. med. journ. 1900. März 10.)

Verf. giebt eine Übersicht über den Stand der Magenchirurgie, wobei die Behandlung des Magengeschwürs und der Magenerweiterung ausführlicher besprochen werden. Wegen eines Magengeschwürs hat R. im ganzen 34mal operirt. 6 der Operirten starben. 18 der Fälle entstammten der Privatpraxis des Verf.; von ihnen starb nur einer. Die übrigen 16 mit 5 Todesfällen kamen auf die Hospitalthätigkeit R.'s. Der häufigere unglückliche Ausgang bei letzteren ist dadurch zu erklären, dass dieselben durchweg in einem viel elenderen Zustande in Behandlung gelangen als die ersteren, welchen eine angemessene Pflege zur Seite steht. Auf Grund seiner Erfahrung steht R. auf dem Standpunkte, dass die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs einzusetzen hat, sowie trotz interner Behandlung die Beschwerden andauern oder wiederkehren. Das Normalverfahren bildet die Gastroenterostomie. Komplikationen, wie Pyloruskontraktion, Magenerweiterung, Sanduhrmagen, Verwachsungen, bilden Indikationen zur Operation. Bei akuten profusen Blutungen hat der chirurgische Eingriff wenig Aussicht auf Erfolg, 64,2 % der Operirten gehen zu Grunde. (Beiläufig weist Verf. auf die nicht allzu seltenen Magenblutungen nach Bauchoperationen hin, welche ohne das Bestehen eines Geschwürs eintreten.)

Dagegen ist bei mehr chronisch verlaufenden Blutungen die Gastroenterostomie am Platze. Für die Verfahren, welche das Geschwür direkt angreifen, Ausschaben, Ätzen, Massenunterbindung, Ligatur der einzelnen blutenden Stellen kann R. sich nicht erwärmen. Sie sind gefährlich, weil im Hintergrunde die Perforation droht, dazu vielfach schwer auszuführen. Eher könnte man in besonders geeigneten Fällen eine partielle Magenresektion oder auch eine Pylorektomie machen, die letztere, wenn der Pylorus frei beweglich ist. Bei der Pyloroplastik bei Geschwür am Pförtner hat R. Schwierigkeiten

gehabt; einmal mußte er wegen eingetretener Stenose noch eine zweite Operation machen; ein zweites Mal entwickelte sich ein Krebs, welcher die Pylorektomie erforderte. Ein dritter Pat. ging in Folge von Perforation zu Grunde.

Bei der Behandlung der Gastrektasie steht R. ebenfalls auf einem aktiveren Standpunkt als derjenige, welcher jetzt meist üblich ist. Wenn der Kranke abmagert und trotz innerer Behandlung nicht in kurzer Zeit sein ursprüngliches Gewicht wieder erlangt, dann ist die Operation nicht mehr lange aufzuschieben. Wie dieselbe sich zu gestalten hat, kann erst nach Eröffnung der Bauchhöhle entschieden werden. Von der Dehnung des Pylorus hält R. nicht viel. Bei Verengerungen des Pförtners bevorzugt er die Pyloroplastik, wenn sich kein Geschwür, die Gastroenterostomie, wenn sich ein solches vorfindet. Letztere Operation ist auch bei starker narbiger Verdickung des Pylorus angezeigt, da hier die Pyloroplastik nicht ausreichen würde, ebenso bei Hindernissen für die Entleerung des Magens, Geschwülsten des Pankreas der Leber und Gallenblase, welche sich nicht entfernen lassen. Bei Atonie des Magens führt gewöhnlich eine entsprechende allgemeine und interne Behandlung zum Ziel. Einmal hat R. die Gastroplikatur ausgeführt. Bei akuter Magendilatation wäre, wenn ein tödlicher Ausgang droht, die Gastroenterostomie zu versuchen. Was die Technik angeht, so giebt R. der Gastroenterostomia anterior den Vorzug und bedient sich bei Anlegung derselben seiner früher angegebenen Knochenschale.

Weiss (Düsseldorf).

---

21) **M. Gangolphe.** Colostomie iliaque par la double ligature.
(Revue de chir. 1900. No. 2.)

G. hat in 16 Fällen mit sehr günstigem Erfolge in Bezug auf Verhütung eines Prolapses etc. die Kolostomie so ausgeführt, dass er eine vorgezogene Schlinge des S romanum mittels der durch ihr Mesenterium durchgeführten, sich kreuzenden Seidenfäden fest abband, an der Incisionswunde der Bauchwand unterhalb der Ligaturen festnähte und danach die Bauchwunde möglichst vollständig um die Schlinge herum verschloss. Nach 48 Stunden, während deren die Patt. nur wenig durch Schmerzen und Gasansammlung in den Därmen, nie durch Erbrechen belästigt waren, durchtrennte er die Umschnürungsfäden der stark geblähten und schwärzlich verfärbten Schlinge, eröffnete diese und zerstörte sie mit dem Thermokauter vollständig. Nach Abstoßung alles Brandigen, die ohne örtliche Komplikationen vor sich ging, resultirte ein vorzüglich funktionirender, von der engen Öffnung des unteren Darmendes durch narbiges Gewebe getrennter künstlicher After, der die betr. Pat. so wenig wie möglich genirte.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

22) **C. F. Dent.** Surgical notes from the military hospitals in South-Africa.

(Brit. med. journ. 1900. März 17.)

Der vorliegende Bericht aus dem Lazarett von Pieter-Maritzburg bespricht verschiedenartige Verletzungen. Die einfachen Fleischwunden heilen gut, hinterlassen eine derbe, strangförmige Narbe, welche namentlich dann ausgesprochen ist, wenn ein größerer Muskel getroffen war. Nervöse Störungen durch Druck seitens der Narbe sind nicht ungewöhnlich. Verletzungen an Hand und Fuß führen nur sehr selten zu Amputationen. Im Gegensatz zu den Schussverletzungen der langen Röhrenknochen, bei welchen meist eine mehr oder minder ausgedehnte Splitterung zu verzeichnen ist, sind an den kleinen Knochen der Hand und des Fußes meist Loch- oder Rinnenschüsse zu verzeichnen. Lochschüsse der Kniescheibe kamen in ziemlich großer Anzahl zur Beobachtung; sie heilen durchweg gut, vorausgesetzt, dass die Nerven und Gefäße der Kniekehle nicht in Mitleidenschaft gezogen sind. Der unter Umständen außerordentlich große Bluterguss in das Gelenk wird rasch resorbirt. Querbrüche der Kniescheibe scheinen selten zu sein. Verf. sah nur einen, durch ein Lee-Metfordgeschoss verursacht. Der Einschuss befand sich in der Kniekehle. Wunden der Brust bieten vielfach, wie das auch von anderer Seite hervorgehoben wird, nur geringe primäre Symptome, hinterlassen jedoch manchmal einen beträchtlichen Grad von Kurzathmigkeit, namentlich wenn beide Lungen quer durchschossen sind.

Eine Schußverletzung der Leber hatte weiter keine Symptome gemacht. Bezüglich der Laparotomie bei Bauchschüssen hat Verf. eine ähnliche Anschauung, wie Treves. Die Frage ist jedoch nicht zu entscheiden, bevor eine völlige Stat stik vorliegt. **Weiss** (Düsseldorf).

23) **G. H. Makins.** Notes on the wounded from Paardeberg.

(Brit. med. journ. 1900. April.)

Je weiter die englische Armee vordrang, desto mehr änderte sich der Charakter der Verletzungen. Der Verlauf wurde bösartiger, Infektionen häufiger. Eine große Rolle spielten dabei die Transportschwierigkeiten. Die Armee entfernte sich von der Bahnlinie, und so mussten die Verwundeten manchmal Tage lang auf Ochsenwagen zubringen. Der 2. Grund war die häufige Verwendung von Expansivgeschossen. Die weit ausgedehnte Zerreißung der Gewebe bei solchen Verletzungen machte es schwierig, eine Infektion zu verhüten. Der dritte Faktor, welcher den Verlauf der Verwundungen ungünstig beeinflusste, war der Typhus, dessen Initialstadium in manchen Fällen zur Zeit der Verletzung schon vorhanden war.

Weiss (Düsseldorf).

24) **F. Treves.** The retreat from Spearman's Hill to Chieveley. The relief of Ladysmith.

(Brit. med. journ. 1900. März 24 u. April 7.)

Die Granatverletzungen, welche T. in Behandlung bekam, eiterten sammt und sonders, eine Reihe von Sekundäramputationen wurde erforderlich. Die septische Beschaffenheit der Granatverletzungen bildete auch eine große Gefahr für die leichter Verwundeten, indem dieselben nunmehr trotz aller Fürsorge, und obwohl 100 Kuli's für die Reinlichkeit im Hospital selbst sorgten, häufig inficirt wurden. Schließlich musste das Lazarett mit ca. 150 Schwerverwundeten von Spearman's Hill zurückgezogen werden. Der Transport wurde seitens der Verletzten durchweg gut vertragen, selbst von einem Manne, bei welchem 2 Tage zuvor wegen einer Schußverletzung der Flexura sigmoidea eine Laparotomie ausgeführt worden

war. Während der folgenden Kämpfe machte T. Bekanntschaft mit der Wirkung der Expansivgeschosse. Der Einschuss ist klein, wie beim gewöhnlichen Mausergeschoss, der Ausschuss groß, die Knochensplitterung sehr ausgedehnt. Am häufigsten wurden unter den erbeuteten Geschossen die sog. Weichnasen angetroffen, Geschosse mit gespaltener oder abgebrochener Spitze waren selten. Dann wird noch eine Art von Geschossen mit einem glänzend grünen Überzug erwähnt; dieselben wurden von den englischen Truppen als vergiftet angesehen. Th. glaubt, dass es sich um eine Mischung von Kupfersulfat und Talg handele, welche in Anwendung gelange, um das Verbleien des Laufs zu verhindern.

Von den beobachteten Schussverletzungen erwähnt T. solche der Blase und Prostata; bei den letzteren kommt es häufig zu Epididymitis. Bei einem Schusse durch den untersten Theil des Femur, wobei eine ins Kniegelenk reichende Fraktur sowie eine Verletzung der Art. poplitea zu Stande kam, entstand ein pulsirender Hämarthros. Ruhe und Hochlagerung führte zur Heilung, wie überhaupt verschiedene traumatische Aneurysmen bei Ruhe zurückgingen. Schließlich wird als Kuriosum ein Fall erzählt, wo ein Offizier 5 Schüsse, darunter einen durch den Leib erhielt. Von einer Operation wurde Abstand genommen. Der Verletzte genas.

Weiss (Düsseldorf.

25) Hildebrandt. Briefe von der deutschen Ambulanz des Rothen Kreuzes in Südafrika.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 15 u. 16.)

Aus diesem, an Herrn Geh.-Rath v. Esmarch erstatteten Berichte, der allseitiges Interesse erregen wird, sei an dieser Stelle nur Einiges hervorgehoben. Der größte Theil der Verwundeten, die in dem von Ärzten des Freistaates errichteten Lazarette in Jacobsdal von H. vorgefunden und später eingeliefert wurden, war durch das kleinkalibrige Geschoss in sehr schwerer Weise verletzt worden; zumeist handelte es sich um Durchbohrungen der Knochen oder Eröffnung der großen Körperhöhlen, in welchen Fällen in der ersten Zeit in Folge der von den freistaatlichen Ärzten eingeschlagenen Therapie schwere Eiterungen beobachtet, zu fest angelegte, Decubitus veranlassende Verbände wiederholt erneuert und mehrfach Operationen ausgeführt werden mussten. Reine Weichtheilschüsse wurden nur in geringer Zahl gesehen und verliefen sämmtlich glatt. Die schwersten Verwundungen betrafen den Schädel; viele Verletzte sollen schon auf den Schlachtfeldern in Folge dessen erlegen sein, andere wurden mit Hirnabscess im Lazarette vorgefunden, nur einer von diesen durch Operation gerettet. Günstiger verliefen die Brustschüsse; auch unter den Bauchschussverletzungen kamen einige, zum Theil nach Operation später aufgetretener Kothabscesse zur Heilung, die auch in einem Falle von Schussfraktur des Humerus, Eröffnung des Thorax und Verletzung der rechten Niere erfolgte. Diaphysenschüsse zeigten im Röntgenbilde sämmtlich ausgedehnte Splitterung. Die Blutung war in allen Fällen von Extremitätenschüssen auffallend gering; auf dem Schlachtfelde sollen allerdings einige durch Verblutung umgekommen sein. — Von den Verletzungen durch Granaten sind unter 13 Fällen 2 gestorben (Schädelverletzung mit Hirnabscess, Wirbelfraktur mit Rückenmarkskompression); die übrigen Fälle, theils von schwerer Verbrennung, theils von Beinzerschmetterung (Amputatio femor.) oder Weichtheilverletzungen, Rippenbruch etc. verliefen günstig. Die Shrapnellverwundungen betrafen einmal den Schädel (Hirnabscess, †), mehrfach die Gliedmaßenknochen und Weichtheile.

Kramer (Glogau).

26) S. W. Bandler. Zur Entstehung der Dermoidcysten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 7.)

Nach einer kritischen Besprechung der bisher für die Entstehung der Dermoidcysten geltenden Theorien nimmt B. nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen an, dass gewisse embryonale Zellen und Organe in ganz direkter Weise Zellen, welche zur Bildung anderer Gewebstheile bestimmt sind, mit sich schleppen, und

dass diese Zellen an ihrem neuen Platze dieselben Gewebe produciren, welche sie, wenn sie an ihren richtigen Platz gelangt wären, zu produciren bestimmt waren. Die Entfernung einiger Zellen von ihrem ursprünglichen Platze geschieht zu einer Zeit, in welcher der Verlust jener Zellen wieder ersetzt wird, und es so trotzdem zur vollständigen Ausbildung eines normalen Körpers kommt. Für die Entstehung der Dermoidcysten der Genitalorgane ist der Wolff'sche Gang durch die von ihm mitgeschleppten Zellen der verschiedenen Keimblätter die direkte Ursache.

Gold (Bielitz).

27) **C. Behr.** Über Angioma cavernosum und Mittheilung eines Falles von Angioma cavernosum permagnum regionis lumbalis dextrae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900. 21 S.

Bemerkenswerth an der Geschwulst ist nur ihr Sitz und ihre Größe (nahezu mannskopfgroß). Die histologische Untersuchung der von Helferich exstirpirten Geschwulst ergab eine Kombination eines kavernösen Hämangions und eines Lymphkavernoms mit Überwiegen des ersteren. **R. v. Hippel** (Dresden).

28) **Doutrelepont.** Hauttuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Die disseminirte Tuberkulose der Haut, die in Form kleiner Knötchen auftritt und sich durch die Reaktion bei Einspritzung des alten Tuberkulins kenntlich macht, entwickelte sich in den wenigen bis jetzt beobachteten Fällen im Anschlusse an Masern. **Borchard** (Posen).

29) **H. Lengnick.** Zur Kasuistik der Rückenmarksverletzung durch Wirbelfraktur nebst Beschreibung eines Gehverbandes für Patienten mit Lähmung beider unteren Extremitäten. (Aus der kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Königsberg i/Pr.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 12.)

Der erst längere Zeit nach dem Unfalle zur Aufnahme in die Königsberger chirurgische Klinik gelangte Fall ist dadurch von Interesse, dass außer einer Rückenmarkskompression durch dislocirte Wirbelfragmente, die durch Operation entfernt wurden, auch noch eine mit einer queren gelbweißen Narbe verheilte Markverletzung bestanden hatte, und durch die Laminektomie wenigstens eine Besserung der Funktionen der Blase und des Mastdarmes erzielt wurde. Nach beendeter Wundheilung erhielt der an den Beinen gelähmte Pat. einen aus 2 starken, ca. 5 cm breiten schmiedeeisernen Stäben bestehenden Apparat, in dem jene von der Schulterblattgegend bis zur Ferse, hier mit einer festgenieteten Sandale verbunden, liefen; in der Beingegend waren an ihnen je 4 krallenartige, halbkreisförmige Stützen angebracht etc. Der Kranke kann sich in dem sehr billigen und leicht herstellbaren Apparate am Volkmann'schen Bänkchen auf ebenem Boden beliebig lange fortbewegen. **Kramer** (Glogau).

30) **A. A. Eshner** (Philadelphia). A case of rhizomelic spondylosis.

(Journ. of the Amer. med. assoc.)

Verf. beschreibt einen Fall dieser in der letzten Zeit häufiger genannten Erkrankung, die unter verschiedenen anderen Namen, wie »ankylosirende Spondylitis«, »spinale Arthritis deformans«, auch den obigen trägt. Sie ist charakterisirt durch zunehmende Verkrümmung der Wirbelsäule mit Abnahme der Beweglichkeit, mit oder ohne Betheiligung der Nervenwurzeln und der großen Gelenke, und beruht auf einem proliferirenden und rareficirenden Process in den Zwischenbandscheiben und den sie verbindenden Bändern.

Bei dem 24jährigen Arbeiter begann die Erkrankung mit Schmerzen in der linken Seite, ausstrahlend nach Schulter und Rücken nach 6 Monaten zunehmende Schwäche in den Beinen, Gang nur mehr durch Stützen der Hände auf die Knie möglich.

Nach weiteren 9 Monaten Kräfteverlust im linken, dann im rechten Arme. In der Rücken- und Lendengegend einige hyperästhetische Höfe, keine Anästhesie. Reiz der Füße löst klonische Zuckungen der ganzen unteren Extremitäten aus, dessgleichen Druck auf den Ischiadicus. Druck auf den Ulnaris erzeugt Krampf der Finger. Sphinkteren und innere Organe intakt. Die Anamnese ergab, dass ein Bruder gelähmt war. Pat. selbst hatte vor 5 Jahren einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht. Venerische Infektion geleugnet, keine Excesse in Baccho, Venere etc. Vor 12 Jahren Anfall von Dysenterie.

Die genaueren Details der Untersuchung siehe im Original. In den beigefügten Abbildungen erscheint als die typische Stellung eine leicht vornübergeneigte, im vorliegenden Falle nach rechts gebogene Haltung.

Die Ursache der Erkrankung scheint eine mangelhafte Ernährung in den befallenen Gegenden zu sein; die Schmerzen lassen keine bestimmte Lokalisation des Sitzes der Erkrankung zu. Die Erregbarkeit der Reflexe spricht für Betheiligung der Seitenstränge des Rückenmarkes, ob entzündlicher oder degenerativer Natur oder als Folge von Meningitis oder durch Druck, bleibt unbestimmt. Wahrscheinlich spielt der voraufgegangene Rheumatismus eine wichtige ätiologische Rolle. **Heddaeus** (Trier).

31) Kreoke (München). Über Scoliosis ischiadica.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 6.)

K. theilt einen Fall von alternirender Scoliosis ischiadica s. neuropathica mit, der einen 34jährigen Arbeiter betraf. Derselbe hatte nur einen Druck- und Schmerzpunkt an der Austrittsstelle des linken Nervus ischiadicus. Zur Erklärung der alternirenden Skoliose zieht K. die Erben'sche Entlastungstheorie heran, da weder Muskelinsufficienz oder Lähmung noch Kontraktur dazu verwendbar waren. »Um den Schmerzpunkt vom Drucke möglichst zu entlasten, neigt der Pat. den Rumpf nach rechts und senkt das Becken auf der kranken linken Seite. Ganz schmerzfrei bleibt er aber dadurch nicht. Um den Stamm nach rechts geneigt zu halten, muss er eine andauernde kräftige Kontraktion des linken M. sacro-lumbalis ausführen (Erben). Durch diese starke Muskelkontraktion werden die hinten an der Lende austretenden Hautnerven dauernd gedrückt, nach einiger Zeit wird dem Kranken der Druck zu stark, und durch Verkrümmung der Wirbelsäule in die homologe Form wird der linke Sacro-lumbalis schlaff und der Druck auf die Nerven hört auf. Dafür stellt sich dann wieder der Schmerz am Foramen ischiadicum ein, und so wiederholt sich dasselbe Spiel immer wieder von Neuem«.

Kramer (Glogau).

32) Schanz. Ein Apparat zur forcirten Extension der Wirbelsäule.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie. Bd. VII. Hft. 4.)

Um schwere Skoliosen nach dem Princip des modellirenden Redressements zu behandeln, benützt Verf. die Suspension am Kopfe in einem Beely'schen Rahmen und lässt durch geeignete Vorrichtungen an den Füßen Kontraextension ausüben. Eine Abbildung veranschaulicht das Verfahren. **J. Riedinger** (Würzburg).

33) H. Aue. Plastische Deckung von Trachealdefekten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Beschreibung eines Falles von größerem Defekte der Luftröhre bei einem 14jährigen Jungen. Neben diesem Befunde bestand noch Kehlkopf- und Luftröhrenstenose durch Granulationswucherung. Die Ursache dieses Zustandes war Verschlucken von heißer Flüssigkeit im 3. Lebensjahre. Auffallend war auch die durch ungenügende Funktion zurückgebliebene Größe des Kehlkopfes, welcher etwa einem 6jährigen Kinde entsprach. Mehreren Eingriffen zur Beseitigung der Stenosen folgte schließlich die Deckung des Defektes. Längs dem linken Brustbeinrande wurde ein 8—10 cm langer Hautschnitt geführt und auf diesen senkrecht nach rechts ein zweiter gesetzt. Dann wurde aus dem Brustbeine eine 4 bis

5 cm lange, 3 cm breite Knochenplatte gemeißelt, und der linke freie Rand des Hautlappens erst um diese herumgefaltet, dann an den rechten Rand des Lappens, welcher bisher noch nicht abgeschnitten war, angenäht. Nach Einheilung der Knochenplatte in die Haut wurde in einer 2. Sitzung dem 1. Hautschnitte parallel der Lappen rechts von der Fixationsstelle nach oben durchgeschnitten und der ganze Lappen mit seinem knöchernen Gerüste nach oben geschlagen und eingenäht, nachdem zuvor die Ränder des Luftröhrendefektes angefrischt waren. Nach einiger Zeit wurden noch mehrere Maßnahmen zur Deckung der Granulationsflächen getroffen, die im Originale nachzulesen sind. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

34) **E. Wermann** (Dresden). Über luetische Struma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Es handelte sich um einen 24 Jahre alten Mann, der im Jahre 1892 syphilitisch inficirt worden war, bei dem im Verlaufe der Luesbehandlung ein Kropf zur Entwicklung kam, während die Syphilis sich gerade durch tertiäre Processe manifestirt hatte. Der Kropf entstand, während Pat. eine energische Jodkur vornahm, und wurde in seinem Wachsthum durch diese Medikation keineswegs gehemmt, nahm im Gegentheile an Größe zu, ging aber sofort zurück, als wieder eine Quecksilberinunktionskur eingeleitet wurde. Diese Erscheinung wiederholte sich noch einmal, um nach neuerlicher Quecksilberbehandlung bis auf eine geringe Anschwellung am Halse dauernd zu verschwinden. Ist der Kropf als syphilitische Erkrankung aufzufassen? W. stellt dies als zweifellos hin. Der Zeit seines Auftretens nach im 6. Jahre nach der Infektion wäre der Kropf als eine tertiäre Krankheitserscheinung aufzufassen, um so mehr als tertiäre Processe vorangegangen waren, und die sekundäre Periode der Lues lange abgeschlossen schien. Dem klinischen Bilde nach aber machte der Kropf ganz den Eindruck einer Schilddrüsenschwellung der Frühperiode, den Eindruck einer einfachen Schilddrüsenhyperplasie. Es fehlte jede Knotenbildung, die man als Gumma hätte deuten können; ebenso hatte man es mit keinem derben Infiltrate der Schilddrüse zu thun. Für die Annahme der hyperplastischen, also sekundären Erkrankung sprach auch die prompte Einwirkung des Quecksilbers auf die Kropfbildung, das Wiederwachsen des Kropfes nach dem Aussetzen des Mittels, der neue Rückgang nach neuer Quecksilberbehandlung, die Unempfindlichkeit der Geschwulst gegen Jod, welches doch als Hauptmittel gegen Kropf gilt. **Gold** (Bielitz).

35) **R. Loewy und Loeper.** Tumeur fibreuse du cou.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.)

Die Geschwulst, welche die rechte Seite des Halses einer 35jährigen Frau einnahm, bot klinisch trotz langsamen Wachsthums (18 Monate) ganz den Eindruck eines Lymphosarkoms: höckerige Oberfläche, gleichmäßig harte Konsistenz, gleichmäßige Durchsetzung der Weichtheile (des Sternocl. m.), kleine Drüsen der Fossa supraclavis. Bei der Operation (Poirier) wurde die Geschwulst als Fibrom erkannt. Die großen Nerven und Gefäße schienen nur verdrängt, die Ven. jug. ext. jedoch in der Geschwulst aufgegangen zu sein. Nach ihrer Entfernung blieb Myosis des rechten Auges und Röthe der rechten Wange zurück.

Christel (Metz).

36) **Demons et Verdelet.** Cancer secondaire de l'ombilic dans les affections malignes de l'appareil utéro-ovarien.

(Annal. de méd. et de chir. de Bordeaux 1898.)

Fast zu derselben Zeit haben die Verf. 3 Fälle von sekundärem Carcinom des Nabels, vom Uterus, den Ovarien oder Adnexen ausgehend, in Behandlung bekommen. Bei den 3 Frauen, 45—68 Jahre alt, konnten Geschwülste im Bauche durch die Untersuchung konstatirt werden, nachdem als erstes, sichtbares Zeichen

der Erkrankung im Bereiche des Nabels eine Geschwulst sich entwickelt hatte. In sämmtlichen Fällen waren Symptome von Genitalerkrankung schon früher vorhanden; in keinem war eine Radikaloperation der Bauchgeschwulst, in zweien jedoch eine solche des Nabels möglich. Die Annahme, dass diese Nabelgeschwülste meist mit Magen- oder Darmgeschwülsten in Zusammenhang ständen, ist gegenüber der neueren Auffassung von dem Zusammenhange mit der Gebärmutter und ihren Anhängen in den Hintergrund getreten. Für die Entstehung dieser sekundären Carcinome werden Impfungen und Lymphbahnen verantwortlich gemacht; für letztere spielt der Klappenmechanismus an den Lymphgefäßen im Bereiche des Nabels eine große Rolle; die durch den Klappenschluss entstehende Stauung begünstigt die Ablagerung von Krebskeimen.

Der primäre Krebs des Nabels lässt sich durch die Untersuchung der Eingeweide-Organe und die exakte pathologisch-anatomische Untersuchung der Geschwulst erweisen. **Kronacher** (München).

37) **Bouglé und Dartigues.** Hernie crurale droite étranglée renfermant l'appendice sain. Trois jours après étranglement d'une hernie inguinale droite renfermant l'appendice enflammé. Laparotomie; reduction de la hernie. Resection de l'appendice.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.

Die Krankengeschichte ist durch die Überschrift erschöpft. Den doppelten Eingriff hat die 63jährige Kranke nur wenig Tage überlebt. Verf. rechtfertigt sich gegen den Vorwurf, dass er bei der ersten Operation den Wurmfortsatz hätte reseciren sollen, mit dem gesunden Aussehen desselben und der Nothwendigkeit einer abgekürzten Operationsdauer bei der erschöpften Kranken.

Christel (Metz).

38) **K. G. Lennander.** Ett fall af nafvelsträngsbråck och af varbildning (bact. coli) i skrotum.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar. N.F. Bd. V. p. 416.)

Ein drei Tage alter Knabe mit hühnereigroßer Geschwust wurde in die Klinik eingebracht. Die Geschwulst hatte von der 11 cm messenden Basis bis etwa 2 cm in der Höhe normale Haut, war sonst von der membranös glänzenden, gelblich grünlichen Amniosscheibe bedeckt. Die Nabelschnur war excentrisch an ihr befestigt. — Durch Cirkelschnitte an der Basis wurde die Bauchhöhle an der linken Seite geöffnet. Im Bruchsacke lagen eine etwa 15 cm lange Dünndarmschlinge, theilweise verwachsenes Netz und ein nicht unerhebliches Stück Leber. Nach Reposition der Eingeweide und Entfernung eines Theiles des Netzes wurden Urachus, Artt. umbilicales und Vena umbilicalis mit Katgut umstochen, das Peritoneum parietale mit fortlaufender Katgutnaht vernäht. Außerdem versenkte Katgutnähte in den Mm. recti und in der Aponeurose; in der Haut Knopfnähte von Rosshaar und Fil de Florence.

Der exstirpirte Sack, welcher abgebildet ist, zeigte in der äußeren Abtheilung die in gangränösem Zerfall befindliche Amniosscheide, dann die ödematöse Pulpa Whartoniana und innerst das lebhaft injicirte, kuppelförmig gewölbte Bauchfell.

Eine Komplikation von Seiten der Hoden trat in der Nachbehandlung ein. Schon am Tage der Operation war der Hodensack geschwollen und verfärbt; eine Hämatocele hatte sich ausgebildet und wurde nachher durch Punktion entleert Das Interessante dabei war, dass eine Dickdarmeiterung darin gefunden wurde. Die Übertragung der Bakterien hatte augenscheinlich auf hämatogenem Wege stattgefunden. Völlige Heilung.

6 Monate später keine Ausbuchtung der Bauchdecken.

Hansson (Cimbrishamn).

39) **Mauclaire** und **Alglave.** Un cas de péritonite tuberculeuse ancienne fibreuse chez un nouveau- né agé de 6 jours.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.)

Außerordentlich schwaches Kindchen völliger Reife von nicht nachweisbar tuberkulös erkrankten Eltern erbricht bereits kurze Zeit nach der Geburt; in den ersten 3 Tagen geht weder Meconium noch sonstiger Darminhalt ab trotz vorhandener Afteröffnung; nur ganz geringes Sekret im Mastdarm, von dem aus eine ampullenförmige Vorstülpung zu fühlen ist. Laparotomie behufs Anlegung eines Kunstafters; hierzu musste eine Dünndarmschlinge herangezogen werden, da die Flexur nicht zu erreichen ist. Nach weiteren 3 Tagen starb das Kind, und die Autopsie ergab den höchst bemerkenswerthen Befund einer abgelaufenen Bauchfelltuberkulose mit mehrfachen Abschnürungen der Darmlichtungen und dem scheinbaren Zustandekommen zweier Wurmfortsätze; der Dünndarm ist durch Abdrehung seines Endtheils vom Blinddarm getrennt. Im Mesenterium fanden sich zahlreiche vergrößerte Drüsen, in welchen, ebenso wie an einigen Riesenzellen der Darmwand, Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. **Christel** (Metz).

40) **P. Rhys Griffiths.** Perforating gastric ulcer with notes of two successfull cases after operation.

(Brit. med. journ. 1900. März 10.)

Nach einigen kurzen Bemerkungen über Diagnose und operative Behandlung der Magenperforation, deren Inhalt sich im Wesentlichen mit den Ausführungen von Mitchell in derselben Nummer des Brit. med. journ. deckt, theilt Verf. zwei Fälle mit, in welchen die Operation Erfolg hatte. Beide Male fand sich eine kleine Perforation der vorderen Magenwand. Bei einem Falle fand die Operation 24 Stunden nach Eintritt der alarmirenden Symptome statt. Die Heilung ging gut von statten, nur trat eine geringe Bauchdeckeneiterung ein. Bei dem zweiten Falle waren zur Zeit der Operation mindestens 24 Stunden seit dem Auftreten der ersten Symptome verstrichen. Es fand sich ebenfalls eine Perforation an der vorderen Magenwand nahe dem Pylorus. In dem weiteren Verlaufe sind Störungen nicht zu verzeichnen, nur zeigte Pat. manchmal Temperatursteigerungen, deren Ursache nicht zu finden war. $1^1/_2$ Monat nach der Operation musste der Kranke entlassen werden; die Temperatur wies noch immer leichte Schwankungen auf. Nach weiteren 2 Monaten wurde Pat. wieder ins Krankenhaus gebracht, nachdem Schüttelfröste und Schmerzanfälle in der rechten Schulter vorausgegangen waren. Bei der Aufnahme klagte der Pat. über Schmerzen in der Regio epigastrica und Hypochondriaca dextra. Temperatur 40°. Irgend eine deutliche Schwellung war nicht zu finden. Bald nach der Aufnahme erbrach Pat. übelriechende Massen und hustete sodann solche auch in beträchtlicher Menge aus. Am folgenden Tage war die Temperatur normal. Die Schmerzen hatten aufgehört. Über der rechten Lungenbasis war eine Dämpfung zu konstatiren, Stimmfremitus und Athemgeräusch aufgehoben. Pat. hustete noch $1^1/_2$ Monat lang eitriges Material in immer geringer werdenden Quantitäten aus, wobei die Dämpfung über der rechten Lunge sich allmählich aufhellte, Athemgeräusch und Stimmfremitus wieder normal wurde. Schließlich trat völliges Wohlbefinden ein. **Weiss** (Düsseldorf).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. Sonnabend, den 21. Juli. 1900.

Über Sterilisation der Hände mittels eines wasserdichten, elastischen, sterilen Firnisüberzuges.

Von

Dr. Josef Lévai,

Operateur, Primararzt des Spitals der »Allg. Arbeiterkrankenkasse« in Budapest.

Man ist heut zu Tage im Klaren darüber, dass es unmöglich ist, mittels der bisher bekannten Verfahren die Hände des Chirurgen

keimfrei zu machen. Aus der anscheinend keimfrei gemachten Epidermis können nach einem Durchfeuchten von einigen Minuten virulente Keime hervortreten. Die Sterilisation der Instrumente, des Nahtmaterials, des Verbandzeuges kann mit Sicherheit bewerkstelligt, auch die Infektion von dem Operationsgebiete her kann mittels Asepsis, mittels der Naht (perkutane Naht etc.) ausgeschaltet werden, um so mehr, weil das Operationsgebiet zumeist mit virulenten Keimen nicht inficirt ist. Nur die nicht sterilen Hände sind Schuld daran, wenn selbst bei streng durchgeführter Asepsis Operirte hier und da an Sepsis zu Grunde gehen. Küstner hat erst unlängst auf die septische Ursache des sog. peritonealen Chok hingewiesen (Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 40).

Die Bekleidung der Hände mit Handschuhen hätte die Infektion der Hände verhüten und die Infektion der Wunde von Seite der operirenden Hände fernhalten sollen. Selbstverständlich können diesen Zweck nur nicht poröse, nicht zerreißliche, also dicke Gummihandschuhe erfüllen. Jeder, der es versuchte, wird zustimmen, dass man mit solchen Handschuhen eine halbwegs größere Operation anständig nicht machen kann. So konnten die Operationshandschuhe nicht aufkommen.

Die eminente Wichtigkeit der Sterilisation der Hände veranlasste mich im Sommer des Jahres 1898, der Frage experimentell näher zu treten[1]. Die Aufgabe war sehr schwer. Es sollte ein flüssiges Mittel hergestellt werden, mit welchem man die Hände bequem und gleichmäßig überziehen kann, welches nach dem Überziehen rasch erstarrt und nach der Benutzung mit unschädlichen Mitteln leicht entfernt werden kann; es sollte der Haut fest anhaften und an anderen Gegenständen nicht kleben, auch nicht glitschig sein; der Überzug sollte elastisch sein, die Bewegung und das Tastvermögen der Hand und der Finger nicht beeinträchtigen, seine Kontinuität selbst bei längerem Gebrauche behalten, nicht rissig, nicht merklich abgeschliffen werden; der Überzug sollte den Gewebssäften gegenüber einerseits, dem Schweiße der Hände gegenüber andererseits undurchlässig sein; die Lösung dürfte nichts enthalten, was für die Hände oder für die Wunde schädlich wäre, sie sollte steril sein; endlich war es wünschenswerth, dass das Mittel nicht theuer sei.

Die Lösung der Frage wurde dadurch wesentlich erschwert, dass in dieser Richtung noch kein nennenswerther Versuch veröffentlicht worden war. Menge hat zwar (Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 4) empfohlen, die Hände vor der Operation mit einer sterilen Paraffin-Xylollösung zu übergießen; diese Lösung ist aber so leicht abwischbar, dass selbst Menge nicht mehr von derselben erwartete, als dass es nach ihrer Anwendung »den in der Haut noch festsitzenden lebenden Keimen nur schwer gelingen dürfte, an die Oberfläche hervorzutreten«.

[1] Die Versuche machte ich zum größten Theile im Laboratorium der »Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse«.

Von denjenigen Mitteln, welche zumeist auf Anrathen von Unna als überziehende Vehikel in der Dermatologie in Anwendung kommen, konnten die wasserlöslichen nicht in Betracht gezogen werden. Wasserdicht sind die folgenden bekannten Firnisse (s. Leistikow, Therapie der Hautkrankheiten, 1897):

1) Rp.: Empl. plumbi simpl. 15,0, Aetheris sulf. 20,0, Spiritus 40,0, Collodii elastici 60,0, M. f. vernisium. Die Flüssigkeit ist milchähnlich und bildet auf der Haut einen der inneren Eihaut ähnlichen Überzug, welcher leicht abwischbar ist.

2) Spirit. aether. 10,0, Collodii 10,0. Der Firnis bringt an den Fingern eine unangenehm drückende, zusammenziehende Empfindung hervor, auch wenn er mit doppelter Menge Äther gemengt wird. Bei Biegung der Finger entstehen am Überzuge Risse.

3) Bals. canadensis 10, Collodii 16,0. Spröde und drückt. Nach Eintrocknen entstehen beim Biegen der Finger Risse am Überzuge, und schält sich derselbe in Schüppchen von 1—2 qcm Größe ab. Wenn weniger Canadabalsam beigegeben wird, giebt der Firnis einen spröderen Überzug; wenn die Menge des Balsams erhöht wird, so wird der Überzug zerreißlicher.

4) Das Collodium flexile (50 Theile Kollodium, 1 Theil Oleum Ricini) hat ähnliche Eigenschaften, wie die letzterwähnte Lösung, nur erhärtet es etwas langsamer, und der Überzug schält sich früher und leichter ab.

5) Rp.: Zinci oxydati 1,0, Olei Ricini 1,0, Collodii 8,0. Der Firnis ist der Konsistenz nach Vaselin ähnlich, an der Haut erstarrt er ziemlich schnell, ist ziemlich elastisch, aber leicht abwischbar.

6) Rp.: Plumbi oxydati 10,0, Olei Ricini 15,0, coque, adde Alcoholi absol. 20,0. Die Flüssigkeit ist schmutzig rothbraun, trüb, ölig, trocknet sehr schwer und bleibt klebrig, schmierig.

7) Rp.: Schell-Lack 5,0, Olei Ricini 1,0, Spirit. absol. 15,0. Die schmutzigbraune, trübe, satzige Flüssigkeit trocknet an der Haut während einer halben Stunde nicht, bleibt schmierig.

8) Traumaticin nach Auspitz (Guttapertscha 1,0, Chloroform 10,0) trocknet an der Haut beiläufig in einer halben Stunde und kann auch dann leicht abgewischt werden.

9) Das von Schiff empfohlene Filmogen, welches aus einer Lösung von Cellulosenitrat in Aceton mit etwas Ölzusatz besteht, bildet auf die Haut gestrichen in 2—3 Minuten eine nicht drückende, elastische Decke, an welcher aber beim Biegen der Finger Risse entstehen, und welche leicht abgerieben werden kann.

Alle diese Präparate erwiesen sich für das gewünschte Ziel als nicht entsprechend, so dass ich die Frage mit systematischen Versuchen lösen musste.

Bei Herstellen der im Gewerbe gebräuchlichen, wasserdichten Firnisse (Lacke) spielen der Kautschuk (Guttapertscha), von Harzen Kopal, venetianischer Terpentin, Damarharz, Kolophonium, endlich

Celluloid eine wichtigere Rolle. Zur Anfertigung der meisten elastischen Firnisse wird auch Leinöl verwendet.

Guttapertscha löst sich in Chloroform gut; wie wir sahen, entspricht diese Lösung unserem Zwecke nicht, es löst sich auch in Schwefelkohlenstoff ausgezeichnet, diese Lösung kann aber wegen ihrer Feuergefährlichkeit und wegen ihres Gestankes nicht angewendet werden. Auch die mit Ol. eucalypti und Xylol kalt und mit Ol. lini warm bereitete Lösung ist ungeeignet. Ein Stückchen Guttapertscha zerschnitten mit 4 Theilen venetianischem Terpentin im Wasserbade eine Stunde lang erwärmt und umgerührt und vor der Auskühlung auf die Haut gestrichen, erstarrt rasch zu einer sehr elastischen, festen und dauerhaften wasserdichten Decke von der Dicke eines Kartenpapiers, welche mit Xylol leicht abzuwaschen ist. Gegen Anwendung dieses Firnisses sprach aber der Umstand, dass er schon bei ca. 50° C. erstarrt, und so die Applikation sehr erschwert ist.

Ein Theil Kopal mit 5 Theilen venetianischem Terpentin eine Stunde lang im Wasserbade erhitzt und umgerührt giebt einen dem vorigen ähnlichen, aber noch biegsameren und dauerhafteren wasserdichten Lack. Die Anwendung desselben verhindert dieselbe Ursache, wie bei der vorigen.

Kopal löst sich in 2,8 Theilen Aceton und in eben so viel Aether. sulfuricus gut. Beide Lösungen bilden auf der Haut einen ausgezeichnet biegsamen, wasserdichten und vorzüglich die Ätherlösung einen starken Überzug. Diese Überzüge hafteten aber nicht genügend lange, so dass dieselben allein sich nicht bewährten.

In einer weiteren Versuchsreihe untersuchte ich die chemischen Eigenschaften der Terebinthina communis, Terebinthina venetiana, des Balsamum canadense, des Schell-Lack (Resina lacca) und des Kolophonium. Von diesen Versuchen erwähne ich bloß so viel, dass der Schell-Lack nur in Alkohol und in heißem Xylol lösbar ist, das Kolophonium in Chloroform und Äther kalt und in vielen fetten und flüchtigen Ölen beim Erwärmen sich löst. Weder mit diesen, noch mit Canadabalsam war es mir möglich, einen festen Lack herzustellen. Die Terebinthina venetiana s. laricina, ein aus Harz und flüchtigen Ölen bestehender Balsam, hat sich vermöge ihrer leichten Löslichkeit in Äther, Aceton, Chloroform und Xylol für weitere Versuche geeignet gezeigt.

Cetaceum wird leicht in Chloroform und Äther, Paraffin ebenfalls, außerdem in Xylol gelöst. Beide Substanzen, so auch das Wachs, lösen sich in verschiedenen warmen Ölen und geben beim Auskühlen eine wasserdichte Decke, welche aber gar keine Festigkeit besitzt, so dass sie nicht anwendbar ist.

Ich erwähnte, dass Kopal[2], in Aceton und insbesondere in Äther

---

[2] Copal elasticum ist in der ungarischen Pharmakopoe nicht aufgenommen, ist aber in jeder Droguerie erhältlich. Zu meinen Versuchen nahm ich gelbliche, durchscheinende, reine Stückchen des Harzes.

gelöst, einen ausgezeichneten Überzug für die Haut abgiebt. Der Überzug entspricht den Eingangs erwähnten Bedingungen fast in allen Punkten, nur in Bezug auf Dauerhaftigkeit nicht. Es war auffallend, dass der Kopalüberzug an ausgeschnittenen Hautstückchen eine Dehnung, Zerrung, Abwaschen mit Wasser und Sublimatlösung bei Weitem besser verträgt, als an meinen eigenen Fingern. Die Erklärung hierfür fand ich in der Thatsache, dass die Kopaldecke die Verdunstung der Haut nicht durchlässt. Hierin lag die Ursache, dass sämmtliche von mir verfertigte wasserdichte Überzüge in verhältnismäßig kurzer Zeit von den Stellen der Hand und der Finger sich abschälten, welche mit Schweißdrüsen reich versehen sind.

Die Ausschaltung dieses Geschehnisses bei einem wasserdichten Überzuge und damit das Erreichen des gesteckten Zieles schien mir schon unerreichbar, als ich durch vergleichende Versuche an ausgeschnittenen Hautstücken und an meiner eigenen Haut fand, dass die aus Schießbaumwolle verfertigten Häutchen die Eigenschaft besitzen, trotz ihrer Wasserdichtigkeit die Verdunstung der Haut durchzulassen, so wie die wasserlöslichen Gelatinedecken. In den Schießbaumwollepräparaten suchte ich die weitere Lösung der begonnenen Aufgabe.

Von den leichter zugänglichen Schießbaumwollepräparaten wird das Celloidin von Aceton (C_3H_6O) wasserklar gelöst. Eine dicke Lösung giebt aber eine nicht dauerhafte, spröde Decke, die dünne Lösung bildet einen viel festeren, dauerhafteren Überzug, die Elasticität desselben ist aber auch nicht einwandsfrei. Das Collodium simplex (10 Theile Kolloxylin in 30 Theilen absoluten Alkohol und 180 Theilen Äther gelöst) bildet auf der Haut eine ungemein feste Decke, welche aber, selbst mittels einer sehr verdünnten Lösung hergestellt, spröde bleibt und bei Biegung sich brüchig zeigt.

Die Brüchigkeit des Kollodiums zu mildern, versuchte ich auf verschiedene Weise. Schon bei der Untersuchung der in der Dermatologie gebräuchlichen Firnisse habe ich die Erfahrung gemacht, dass zu diesem Zwecke weder der Canadabalsam noch das Ricinusöl geeignet sind. Weitere Versuche überzeugten mich, dass zu diesem Zwecke gar keine fetten Öle sich eignen. Sobald die alkalischen Gewebssäfte mit den öligen Bestandtheilen des Überzuges in Berührung kommen, löst sich die Kontinuität des Überzuges.

Nach vielfachen, systematischen Experimenten fand ich, dass folgende Lösung der Verwirklichung des gesteckten Zieles am meisten entspricht.

2 Gewichtstheile Kopal und 4 Theile Terebinthina venetiana werden bei milder Hitze unter fortwährendem Umrühren so lange erwärmt, bis die beiden Substanzen zu einer glasartigen homogenen Masse zusammenschmelzen. Während dieser Zeit verdunstet der Wasserbestandtheil des Kopals und verflüchtigen sich die flüchtigen Öle des Terpentin. Dieser Umstand ist sehr wichtig sowohl für die

Wasserdichtigkeit als die Beständigkeit des Überzuges fettigen Substanzen (Geweben) gegenüber. Nach Erkalten wird die geschmolzene Masse in 100 Theilen Aether. sulfuricus gelöst und werden 100 Theile Collodium simplex hinzugefügt. Die Lösung ist etwas trüb, nach Hinzufügen von 8 Theilen Aceton klärt sie sich. In dieser Lösung kommen sämmtliche dem Zwecke entsprechende Eigenschaften des Kopals und des Kollodiums zur Geltung, und die nachtheiligen Eigenschaften sind fast vollständig eliminirt.

Die auf genannte Weise zubereitete Lösung vereinigt Alles in sich, was man von einem Mittel fordern muss, welches einerseits die Quellen der Infektion von Seiten der Hände des Operateurs für die Dauer einer Operation verschließen, andererseits die Hände vor infektiösen Stoffen bewahren soll.

Mittels der Lösung kann man mit einem breiten, starken sterilisirten Pinsel in ein paar Minuten die Hände mit einem der Haut fest anhaftenden, außerordentlich biegsamen, festen, durchsichtigen Überzug versehen. Der Überzug verhindert auf keine Weise die freie Beweglichkeit und das Tastvermögen der Hände und Finger, ist nicht klebrig, auch nicht glitschig. Beim Gebrauche einer mit Malachitgrün gefärbten Lösung kann sich Jeder mittels einer starken Lupe überzeugen, dass der Firnis die feinsten Vertiefungen und sämmtliche Haare der Haut überzieht, dass er beim Gebrauche nicht rissig wird, sich nicht abschält und sich nicht merklicherweise abwetzt, dass er Wasser, Sublimatlösung, Blut und anderen Gewebssäften gegenüber beständig ist. Nach der Anwendung lässt sich der Überzug mit einem Bäuschchen Mull, welches in ca. 2 Theilen Äther und 1 Theil Alkohol angefeuchtet wurde, in einigen Sekunden entfernen. Die Lösung ist schon in Folge der Art der Zubereitung steril; außerdem kann man in derselben Sublimat nach Belieben auflösen; sie ist weder für die Wunde noch für die Hände schädlich, im Gegentheile schützt der Überzug die Hände vor jeder äußeren Schädlichkeit, im Winter z. B. vor dem Rauhwerden. Endlich ist die Herstellung der Lösung sehr einfach und ungemein billig[3].

In der Praxis wende ich mein Verfahren seit ungefähr einem Jahre an. Die alltägliche chirurgische Ordination der Kasse machte ich öfter mit mit dem erwähnten Überzuge versehenen Händen, kleinere und größere Operationen vollzog ich auf diese Weise. Bei solchen Gelegenheiten demonstrirte ich mein Verfahren mehreren Fach-

[3] Es versteht sich von selbst, dass die Hände vor Anwendung der Lösung regelrecht gewaschen, getrocknet und mit Äther-Alkohol entfettet werden müssen. Warmes (ca. 50° C.) Wasser löst die Kontinuität des Überzuges, aber die Anwendung des warmen Wassers kann während der Operation ganz vermieden werden. An Händen, welche stark schwitzen, hebt der angesammelte Schweiß den Überzug stellenweise ab. Man kann zwar auch diesem Übelstande abhelfen z. B. durch Behandlung der Hände mit Formalinlösung vor Anwendung des Firnisses; nur glaube ich, dass Jemand, dessen Hände stark schwitzen, überhaupt für einen Chirurgen nicht geeignet ist.

genossen. Auch in Bezug auf den Schutz, welchen der Überzug infektiösen Stoffen gegenüber der Hand leistet, machte ich günstige Erfahrungen. Hier ist die bakteriologische Untersuchung noch nicht abgeschlossen. Für die Anwendung des von mir zusammengesetzten Firnisses in der Dermatologie sind die Versuche im Gange. Hier hat das Mittel eine große Zukunft. Die Gelatinedecke ist nämlich im Wasser löslich. Der von mir zubereitete Firnis besitzt alle Vortheile des Gelatineüberzuges, ist nebenbei wasserdicht und viel dauerhafter und elastischer als diese. Der von mir erfundene Firnis hat auch in dem Gewerbe eine wichtige Rolle zu erfüllen. Unter Anderen hat er für Leute, welche in Chromsäurefabriken beschäftigt sind, eine eminent praktische Wichtigkeit.

Nach Allem bisher Erörterten ist es mir gelungen, die Frage der Sterilisation der Hände im Wesentlichen zu lösen. Dennoch hielt ich es noch nicht für angezeigt, mein Verfahren zu publiciren. Die Dauerhaftigkeit des Überzuges war noch nicht ganz einwandfrei. Der im Kollodium enthaltene Alkohol scheidet einen Theil des Kopals aus. Es war noch zu versuchen, zur Zubereitung des Überzuges ein Kollodium zu nehmen, welches mit Äther-Aceton verfertigt ist. Die Feuergefährlichkiet der Schießbaumwolle ist Schuld daran, dass bis heute die Fabriken, an welche ich ein diesbezügliches Ansuchen stellte (so u. A. Merck in Darmstadt), die Zubereitung der gewünschten Lösung nicht übernahmen. Wenn der Überzug, welcher mitunter auch eine Stunde lang unversehrt aushielt, manchmal schon nach einer halben Stunde an den Fingerbeeren unbedeutende Lücken zeigt, so kann man zwar mit einer frischen Bepinselung rasch und leicht abhelfen; da ich aber ein absolut verlässliches Verfahren zu erlangen hoffte, glaubte ich weiter an der Vervollkommnung des Firnisses arbeiten zu müssen.

Nun erscheint in No. 23 ds. Jahrg. des »Centralblattes für Chirurgie« die Publikation von R. Kossmann in Berlin: »Über ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols«.

Die Idee, welche der genannten Arbeit zu Grunde liegt, stammt von Kossmann und ist identisch mit der meinigen; die Versuche wurden von der Firma J. D. Riedel in Berlin, insbesondere von dem mit dieser Arbeit betrauten Chemiker Dr. Hampe ausgeführt. Worin die Versuche bestanden, erwähnt Kossmann nicht, auch von der Zusammensetzung des Chirols sagt er nur so viel, dass dasselbe eine »Auflösung von gewissen Hartharzen und fetten Ölen in einem Gemische leicht siedender Äther und Alkohole« ist. Die Anwendung erfolgt in der Weise, dass die Hand »wenige Sekunden in ein mit Chirol gefülltes Becken getaucht wird, wobei man sie mit gespreizten Fingern in der Flüssigkeit bewegt, auch die Finger einige Male krümmt und streckt. Man zieht dann die Hand heraus, lässt sie ein paar Sekunden abtropfen, hält sie alsdann sogleich mit den Fingerspitzen aufwärts in bequemer Haltung, etwa in die Brusthöhe«.

Ich hatte bisher noch keine Gelegenheit, das Chirol einge
zu prüfen. Laut meinen Erfahrungen lässt sich aber schon
Folgendes konstatiren. Die angegebene Gebrauchsanweisung ha
von mir angegebenen Einpinselung gegenüber u. A. den Nach
dass an den Stellen, wo die Flüssigkeit in dickerer Schicht er
(und dies ist nicht zu vermeiden) der Überzug sehr leicht sic
wetzt. Meine Versuche haben ergeben, dass alle Firnisse, w
fettes Öl enthalten, und zu diesen gehört auch das Chirol, nicht d
haft sind. Die Sterilität des Chirols ist bakteriologisch noch
erwiesen, die Zubereitungsweise spricht aber nicht für die Ste
des Mittels.

Aus diesen Gründen muss ich schon jetzt das Chirol zur L
der Frage der Sterilisation der Hände und des Operationsgebiete
weniger geeignet erklären, als den von mir zubereiteten Firnis.
bewog mich dazu, mein Verfahren schon jetzt zu publiciren.

Das Resultat meiner Versuche hielt ich für praktisch wi
ich hatte aber nicht die Absicht, mein Verfahren zum Paten
zumelden. Da aber die Firma Riedel das Chirol zum Paten
gemeldet hat, werde ich alle Rechte, welche mir das Gesetz zusi
wahren.

---

1) **M. Benedikt** (Wien). Weitere kathetometrische Stu

(Archiv für Anatomie u. Physiologie, anatom. Abtheilung 1899. p. 353
(Wiener klin. Wochenschrift 1899. p. 499.)

Der Satz, den B. vor mehr als 10 Jahren aufstellte, das
Natur auch in der Welt des Lebenden nur Geometrie treibe,
sich mit Hilfe des kathetometrischen Apparates nicht bloß für
Schädel, sondern auch für den Oberschenkel und das Schie
nachweisen. Man erkennt zunächst an den durch den Apparat
gestellten Zeichnungen der Querschnitte das allgemeine Geset
Umfangwachsthums, dass das Wachsthum durch blasenförmige W
aufblähung erfolge. Die Blasen sind ursprünglich aus Zellenh
gebildet und stellen sich mikroskopisch von vorn herein al
mehr oder minder bogenförmiges Vieleck dar; das weitere W
thum findet nicht einfach durch Erweiterung der Blase statt, so
durch Abheben von Nebenblasen über die Hauptblase und da
diese Weise veranlasste Entstehen von Blasen zweiter, dritter
nung etc. Von besonderer Wichtigkeit sind die kathetometri
Messungen bei der Erklärung von Knochenvarietäten, hinsic
welcher der Satz gilt, dass jedes Mal die Form eines Knochen
für die Leistung zweckmäßigste und nur durch die Leistungsau
bestimmt ist; die den platyknemischen Schienbeinen zugeschri
funktionelle Beziehung ist illusorisch.

Jeder Knochen trägt die Bedingungen für sein Wachsthu
sich, und diese hängen mit der Wachsthumsenergie zusammen; i
halb des Knochens liegen Saftröhren, welche gegen vorhandene D

und Zugwirkungen geschützt werden und sich ihnen fügen müssen. Bei gesteigerter Anforderung vermag sich der Knochen anzupassen, und bei Herabsetzung der Allgemeinernährung kann er für seine möglichste Erhaltung kämpfen; fernerhin ist er darauf eingerichtet, seine abgenützten Wandtheile auszuwechseln, endlich liefert er als Binnenleistung Elemente an den Organismus ab.

Beim Studium des Hüftgelenkes und des Kniegelenkes zeigt sich, dass beide Gelenke nach allen Richtungen gezahnt sind, und dass in vivo die Zähne viel gewölbter sind, als man dies am macerirten Knochen zu erkennen vermag. Aus der kathetometrischen Betrachtung ergiebt sich das Verständnis der von König aufgedeckten Thatsache, dass sich an gefrorenen Leichen die beiden Gelenkflächen bei jeder Stellung nur mit einem Theile ihrer Flächen berühren; der Kontakt findet eben nur innerhalb eines Zahnes statt. **F. Winkler** (Wien).

---

2) **O. Wolff.** Über traumatische Epiphysenlösungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 273.)

W. berichtet über das reiche einschlägige Material des Kölner Bürgerhospitals von April 1897 bis jetzt, also aus der Zeit, wo die Knochenverletzungen durch das Röntgenverfahren wesentlich aufgeklärt worden sind. Berücksichtigt sind nur die langen Röhrenknochen der Extremitäten, im Ganzen 34 Fälle, die sich auf die Zeit des Knochenwachsthums, also auf die ersten 18 Lebensjahre erstrecken, und denen aus der Berichtszeit 121 Frakturen derselben Skelettheile gegenüberstehen, so dass sich das Frequenzverhältnis von Epiphysenlösung zu Fraktur gleich 1 : 4 stellt. Die Veranlassung zur Verletzung bot meistens direkte Gewalt; die Dislokation pflegte wegen des festen Zusammenhanges zwischen Periost und Epiphysenknorpel meist keine große zu sein, häufig aber bestand im Gelenke nächst der verletzten Epiphysenlinie deutlicher Hämarthros. Das Reibegeräusch, eben so auch der Druckschmerz an der Verletzungsstelle schienen meist geringer als bei Schaftbrüchen analoger Knochen. Das Röntgenbild bringt zwar die noch rein knorpeligen Skelettheile nicht auf die Platte, sondern nur etwa schon vorhandene Knochenkerne, genügt aber doch meist zu einer ausreichenden Orientirung. Therapeutisch ist vorerst Beseitigung etwaiger Dislokationen ererforderlich, wozu oft Narkose von Nöthen. Zur Fixirung wendet Bardenheuer wie bei den Frakturen gern permanente Extension an.

Die Häufigkeitsvertheilung auf die einzelnen Knochen war folgende: Epiphysenlösung am Humeruskopf 5, untere Humerusepiphyse 7mal betroffen, Epikondylen 6mal, untere Radiusepiphyse 5mal, untere Epiphyse von Radius und Ulna 1mal, Femurhalsepiphyse 2mal, untere Femurepiphyse 1mal, untere Tibiaepiphyse 7mal. Die Besprechungen der einzelnen Verletzungsarten werden durch Beigabe von 30 Skiagrammen sehr hübsch erläutert. Die Musterung der letzteren zeigt meist sehr leicht verständliche Bilder und der Regel

nach nur geringfügige Fragmentdislokationen. Nur bei der
physenlösung des unteren Oberschenkelendes findet sich einmal
beträchtliche Verschiebung, nämlich eine Drehung um 90°
vorn, so dass die Gelenkfläche statt die Tibia die Patella ber
(Der Fall wurde übrigens mit gutem Resultate behandelt.) F
sind die Bilder der Ellbogengegend durch das Auftreten meh
den verschiedenen kleinen hier vorhandenen Knochenkernen
Epiphysen entsprechenden Schattenfiguren komplicirt, und z
sich hier auch verschiedentliche Dislokationen dieser Kerne.
der Epiphysenlösung des Schenkelkopfes konnte kein Skiagr
gewonnen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven

---

3) **A. Becker.** Über einen ungewöhnlichen Ausgang akuten Osteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 577.)

Über den Gegenstand dieser Arbeit, die Bildung schwie
ansehnlicher Geschwülste, welche, ohne eine äußere Fistel zu
sitzen, im Inneren Granulationslager und kleine Sequester b
bergen, in Folge von akuter Osteomyelitis, hat W. Müller (Aa
auf der vorjährigen Naturforscherversammlung einen Vortrag geha
auf dessen Selbstbericht (d. Bl. 1899 p. 1281) wir verweisen. B. b
die Krankenjournale der 3 von Müller beobachteten Fälle und
Abbildung des in dem einen Falle aus der Kniekehle gewonn
Präparates. Hervorzuheben ist noch, dass, wie das makroskop
Aussehen, auch das mikroskopische Bild der schwielig-fibrösen
schwulstmasse ein Spindelzellen-, Rundzellen- oder Angiosarkom
täuschen kann, und dass daher, um die richtige Therapie zu wä
insbesondere um eine unnöthige Amputation zu umgehen, ein exp
tiver Durchschnitt durch solche Geschwülste erforderlich ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven

---

4) **Gratschoff** (Finland). Du traitement des fractures d clavicule.

(Revue de chir. 1900. No. 2.)

In dieser, die bisher üblichen Behandlungsmethoden des Schlü
beinbruchs einer Kritik unterziehenden Arbeit sucht G. nachzuwe
dass dieselben, abgesehen von der Behandlung in Horizontallage
Kranken, Befriedigendes nicht zu leisten vermocht haben, we
zu wenig berücksichtigten, die Wirkung der Schwere des Arme
unterdrücken und das Schulterblatt durch Ausschaltung der Fun
des M. serratus ant. maj. ruhig zu stellen. Der für die schwer
Fälle von G. empfohlene Verband und Stützapparat soll diesen
derungen gerecht werden, ohne die Bewegungen des Brustkorbe
beschränken und einen zu starken Druck auf die Haut auszu
Die gegebenen Abbildungen illustriren besser als jede Beschrei
die Art seiner Anwendung und Wirkung. **Kramer** (Glogau

---

5) **H. Schlesinger.** Zur Lehre vom angeborenen Pectoralisdefekte und dem Hochstande der Scapula.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 2.)

Verf. beschreibt die ziemlich seltene Kombination von angeborenem Pectoralisdefekte bei einem 22jährigen Manne mit partiellem Rippendefekte und hierdurch hervorgerufener Lungenhernie mit gleichzeitiger Verlagerung des Herzens nach rechts, so wie einen Hochstand des Schulterblattes der betreffenden Seite. Der Rippendefekt betraf die linke Seite in der Gegend der ersten 4 oder 5 Rippen, war aber nach dem beigegebenen Röntgenbilde nur auf die dritte beschränkt; dagegen war die zweite mit der ersten in knöcherne Verbindung getreten und dieselbe endete frei in einiger Entfernung vom Brustbeine.

Bezüglich des beobachteten Schulterblatthochstandes in dem vorliegenden Falle im Vergleiche mit der Sprengel'schen Deformität kommt S. zu dem Schlusse, dass hier eine weitgehende Übereinstimmung in den beiden Bildern vorliegt, die es gestattet, zu den beiden von Milo aufgestellten Formen (muskuläre mit primärer Verkürzung und Kontraktur der cervico-dorsal-scapularen Muskeln und solche ohne Funktionsstörung und Muskelveränderung) noch eine dritte hinzuzufügen, bei welcher Defekte in der Schultergürtelmuskulatur eine prädominirende Rolle im Krankheitsbilde spielen.

In einem weiter mitgetheilten Falle war die Frage zu entscheiden, ob der Defekt des linken Pectoralis angeboren sei.

Der betreffende Pat. will seit dem Überstehen einer linksseitigen Rippenfellentzündung vor 3 Jahren eine Differenz zwischen beiden Thoraxhälften zu Ungunsten der linken bemerkt haben; indess trat keine Änderung in der Gebrauchsfähigkeit des linken Armes auf.

Da der Pat. zur Sektion kam, konnte festgestellt werden, dass linkerseits bei Vorhandensein der Clavicularportion die Sternal- und Sternoclavicularportion fehlte, eben so wie der ganze M. pectoralis minor. Rechterseits fand sich im Pectoralis major indess eine bedeutungsvolle Anomalie, indem die 3 Portionen vollkommen durch weite Räume von einander getrennt waren.

Dieser Befund ist nach S. vielleicht so zu deuten, dass eine angeborene Schwäche der Pectorales bestand, die ihren klinischen Ausdruck eben in dieser Dreitheilung des rechten Pectoralis major fand. Die schwere Pleuritis rief vielleicht durch direktes Übergreifen des Entzündungsprocesses oder auf reflektorischem Wege kompleten Schwund der sternalen und sternoclavicularen Portion hervor. Dabei ist die Möglichkeit einer zufälligen Koincidenz der Pleuritis mit dem Muskeldefekte auf derselben Seite um so weniger auszuschließen, als ein Funktionsausfall nicht vorhanden war, wie dies wohl bei angeborenen, nur selten aber bei spät erworbenen Defekten beobachtet wird.

Was die Entstehung der eigentlichen Defektbildung anlangt, so ist die oft citirte Hypothese, dass der Defekt intra-uterin durch An-

*

drücken des Armes an die Brust oder durch Druck eines Ute
myoms auf den Thorax entstehe, nicht bewiesen. Ansprechende
die Hypothese Ahlfeld's, nach der Verwachsungen des Amnion
Defektbildung hervorrufen.

S. schließt sich der Auffassung von Kunn und Schmidt
und sucht die Ursache in einem Stehenbleiben der Entwicklung
stimmter Theile des Körpers in Folge fehlender Wachsthumsene
in gewissen Abschnitten des Nervenmuskelapparates.

Hübener (Dresden).

---

6) **Bähr.** Der Oberschenkelknochen als statisches Probl

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4).

Der Oberschenkelknochen wird als ein auf Zerknickung b
spruchter Stab aufgefasst, dessen oberes Ende frei, dessen unt
Ende mehr oder weniger festgestellt ist. Dadurch entsteht ein We
punkt im mittleren Drittel, in Folge dessen die Deformationslinie
rechten Oberschenkelknochens, von vorn gesehen, eine S-Form z
Der gefährliche Querschnitt für die frontale Biegung liegt im ob
Abschnitt. Für die Zerknickungsbeanspruchung annähernd in
sagittalen Ebene liegt der gefährliche Querschnitt ungefähr in
Mitte der Diaphyse. Eine dritte Beanspruchung ist die auf Tors
Die dreifache Art der Beanspruchung macht sich geltend beim
stehen der Deformitäten und der Frakturen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

7) **M. Schede.** Die angeborene Luxation des Hüftgelen

(Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbild
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Ergänzungsheft No. 3.

Es war nur möglich, in einem Raume von 23 Seiten und 8 Ta
ein so umfassendes, lehrreiches Bild der angeborenen Hüftgele
verrenkung zu geben von einem Forscher wie S., der wie kaum e
die Materie beherrscht und über ein großes Beobachtungsmate
verfügt.

Nach kurzem historischen Überblick werden in den einzel
Kapiteln:

1) die Entstehung der Verrenkung,
2) die Richtung der primären Verrenkung,
3) die unvollständige Verrenkung,
4) die Veränderungen am Kopf und Femur,
5) die Veränderungen am Becken,
6) die Reposition besprochen.

Die Darstellung der Formenveränderung an Becken und Fe
der Reposition tragen einen reinen subjektiven Charakter, die
fassung anderer Forscher wird kritisch beleuchtet.

Wer die von S. gegebenen Röntgenbilder sieht und sie in
bindung mit dem Texte studirt, wird nicht begreifen können,
die Bedeutung der Röntgenphotographie für die ganze Frage und

handlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung von gewissen Seiten so unterschätzt wird. Freilich werden manche »Heilungen« quoad anatomische Restitution durch das Röntgenbild illusorisch gemacht.

Die Röntgenbilder und ihre Reproduktion sind über jeden Einwand erhaben.

Der Atlas wird, wenn er so fortgesetzt wird, sich viel Freunde erwerben. **H. Wagner** (Breslau).

---

8) **Schanz.** Der Stand des Schenkelkopfes bei der angeborenen Hüftverrenkung und dessen Bedeutung für die Lehre von der Ätiologie der angeborenen Hüftverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. p. 534.)

Die Thatsache, dass, wie Kölliker und nach ihm Hoffa nachgewiesen haben, die angeborene Hüftverrenkung sich meist als Luxatio supracotyloidea präsentirt, spricht nicht gegen die mechanische Theorie der Entstehung dieses Leidens. Bringt man nämlich den Oberschenkel in die Situation, welche er im intra-uterinen Leben einhält, d. h. in Beuge- und Rotationsstellung, so entsteht eine Luxatio iliaca. Erst in der Streckstellung wird, da der Oberschenkel einen zweiarmigen Hebel darstellt, die Luxatio supracotyloidea zu Stande gebracht. Letztere ist also nicht die primäre Verrenkung.

J. Riedinger (Würzburg).

---

9) **Calot.** La résection de la hanche dans la coxalgie.

(Presse méd. 1900. No. 7.)

In der Frage der Zulässigkeit und Zweckmäßigkeit der Hüftgelenksresektion bei tuberkulöser Coxitis nimmt C. einen extremen Standpunkt ein, der in dieser Form wenigstens sich unter den deutschen Chirurgen wenig Anhänger erwerben dürfte. Er hält diese Operation in den meisten Fällen nicht nur für überflüssig, sondern für einen schweren, oft unverbesserlichen Fehler, und selbst für die Kranken, welche mit Fisteln bereits in Behandlung kommen, bleibt nach ihm die Resektion das schlechteste der Heilmittel. Woran es liegt, dass C. solche Fälle, in denen lange konservativ behandelte, elend herabgekommene Kranke mit fistulöser Coxitis nach Vornahme der Resektion wieder aufblühen und ohne zurückbleibende Fisteln vollständig ausheilen, nicht kennt, ist schwer zu verstehen, und eben so unverständlich bleibt das Krankheitsbild, welches er als das für die Resektion gewöhnliche entwirft: Es besteht ein Abscess, man öffnet ihn, und einige Zeit darauf macht man die Resektion; 6 Monate nachher Nephritis; 1 Jahr später Degeneration der Eingeweide und $1\,^1/_2$—2 Jahre nach der Resektion Tod. Das sei der Verlauf von wenigstens $^3/_4$ der Fälle; die übrigen bleiben verstümmelt und meist siech.

Es heißt denn doch das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn C. räth, niemals tuberkulöse Abscesse breit zu eröffnen, weil durch sekundäres Hinzutreten septischer Entzündungserreger über kurz oder

lang der Tod des Individuums veranlasst wird. Wenn C. diese
Anschauung auch auf die Abscesse bei Pott'schem Buckel ers
und sagt: »Jedes Kind mit Pott'schem Buckel, dem man breit s
Knochenherd und seine Abscesse eröffnet, ist ein Kind des To
so beweist das nichts weiter als die Einseitigkeit der C.'
Erfahrung.

Von der Beweiskraft seiner Fälle scheint übrigens der
nicht so gar fest überzeugt zu sein; denn er wendet sich, wie er
direkt an die praktischen Ärzte, da er nicht hofft, die Chiru
welche Resektionen ausführen, überzeugen zu können.

Sultan (Göttinge

---

10) **C. B. Keetley.** Coxa vara.

(Lancet 1900. April 21.)

Verf. hebt unter Betonung der rachitischen Ätiologie der
vara das Zusammenvorkommen mit Scoliosis und Genu valgum
vor. Er meint, dass in vielen, wenn nicht in den meisten F
von Genu valgum die Kniedeformität nur eine kompensato
Krümmung für einen gewissen Grad der Coxa vara darstelle.
gleichzeitige Vorkommen von Veränderungen an Form und S
der Knochen des Gesichtes und der Stirn sei gewöhnlich.

Verf. bespricht die Symptome in allen Stadien des Leiden
hebt dabei die Ähnlichkeit der Symptome mit Coxitis hervor.
Beginn des Leidens ist gewöhnlich zwischen 12 und 18 Jahre
sonders gegen das 15. herum.

Verf. tritt sehr für die operative Behandlung ein; nur
Osteotomie sei die natürliche Form des Knochens wieder herzust
er giebt selbst eine modificirte Form der Osteotomia subtrochan
an und fügt schematische Zeichnung bei: der Oberschenkel
schräg durchsägt von außen nach innen und unten, genau übe
Trochanter minor. Vom oberen Fragmente wird dann an der A
seite ein keilförmiges Stück mit der Basis nach unten abgesägt
dieses dann mit den nicht abgeschnittenen Muskeln nach obe
bracht; das obere Fragment nun so gedreht, dass die durch
keilförmige Excision entstandene Knochenfläche auf die Schaft
des Femur zu liegen kommt. So entsteht aus dem spitzen W
am Femurhalse ein stumpfer. Fixation durch Stifte und
Unterstützung von Schienen und Bandagen. Extensionsverband
aber peinliche Überwachung erfordert. **F. Krämer** (Berli

---

11) **Döbbelin.** Behandlung frischer Verletzungen des St
apparates des Kniegelenkes. (Aus der chir. Universi
klinik der Charité in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 49.)

In König's Klinik wurden in 4 Jahren 11 frische Kniesche
brüche behandelt; 3 waren Splitterbrüche, keiner war komp

Alle wurden blutig genäht, auch dann, wenn die seitlichen neben der Kniescheibe verlaufenden Streckvorrichtungen theilweise oder ganz erhalten waren. Meist wurde in den ersten 3 Tagen operirt.

Bei der Operation (querer Bogenschnitt über das Ligamentum patellae) wurden die Bruchstücke mit starken Katgutfäden, eben so Periost und Fascie vereinigt; ein Theil der Hautwunde blieb offen. Es erfolgte Hochlagerung in Streckstellung, Verband nach 10 bis 14 Tagen.

Die Resultate waren meist recht gute.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

12) **Coste.** Zur Therapie der Patellarfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

Die Behandlung der Kniescheibenbrüche mittels komprimirender, d. h. die Bruchenden gegen einander fixirender Verbände ist im Allgemeinen verlassen. In den letzten Jahren dagegen fanden Massage und Gehverbände eine ausgedehntere Verwendung. Diese Behandlungsmethode ist indessen unzureichend; denn sie führt wohl in einzelnen Fällen zum erwünschten guten Resultate, andere Pat. dagegen behalten eine Dislokation der Bruchstücke, oder die Konsolidation ist nur eine fibröse, es bleibt eine beträchtliche Bewegungsbeschränkung und Schwäche der Extremität zurück. Desshalb wendet v. Bergmann, gestützt auf sehr günstige Erfahrungen, als normales Verfahren die blutige Vereinigung der Fragmente der Kniescheibe mittels Knochennaht an, und zwar bei frischen wie bei veralteten Frakturen. Die Operation wird in folgender Weise ausgeführt. Zuerst wird ein ca. 12 cm großer Längsschnitt angelegt, dann sofort nach Eröffnung des Gelenkes an dessen tiefstem äußeren und inneren Punkte Gegenincisionen gemacht, durch welche später Gazestreifen zur Ableitung der Wundsekrete geführt werden. 2 Aluminiumbronzedrähte vereinigen die Kniescheibenfragmente. Sie werden so angelegt, dass sie nicht durch den Knorpel dringen. Seitliche Risse, welche etwa vorhanden sind, werden mit Katgut vernäht. Die Hautwunde wird dann wieder mit Seide vernäht und mit sterilem Mull bedeckt. Die Extremität wird auf einer Holzschiene mit Gipsbinden befestigt, doch bleibt die Wunde zu besserer Ausdünstung und zum Austrocknen von Gips und Watte unbedeckt. Das Becken wird ebenfalls fixirt. Hautnähte und Jodoformtampons werden am siebenten Tage entfernt. Nach 3—4 Wochen wird der Beckentheil des Verbandes entfernt, nach 5 Wochen der ganze Verband. Dann wird vorsichtig mit Massage und Bewegungen begonnen. Beim Aufstehen nach weiteren 8 Tagen erhält der Rekonvalescent eine Kniekappe mit Stahlfedereinlagen. Bei einigen Fällen war v. Bergmann genöthigt, die Tuberositas tibiae abzumeißeln, um eine Vereinigung der Fragmente herbeiführen zu können.

Die Resultate sind sehr gut. 14 Pat. von 25 konnten ihren alten Beruf wieder ausfüllen. Nur in einem Falle war der Erfolg

ein unbefriedigender durch Verwachsungen zwischen Obers
und Kniescheibe. C., der diese Arbeit aus der v. Bergman
Klinik veröffentlicht, fügte diesen allgemeinen lehrreichen G
punkten noch genaue Krankengeschichten und instruktive R
bilder bei.] **E. Siegel** (Frankfurt a

13) **Drehmann.** Die kongenitalen Luxationen des
gelenks.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 4.)

Verf. hat in der Litteratur 122 Fälle von angeboren
renkung des Kniegelenks gefunden, welchen er 5 weitere F
der Mikulicz'schen Klinik und Privatklinik anfügt. Weit
häufigste Form der angeborenen Verrenkung ist die nach vorn
Zusammenhang mit dem Genu recurvatum in der Arbeit fes
werden soll. Es ergab sich, dass die Verrenkung nach vorn
Genu recurvatum als angeborene Zustände nicht streng von e
zu scheiden sind, wie dies bis jetzt der Fall war, sondern da
als verschiedene Grade ein- und derselben Erkrankung auf
sind. Die Pathologie des Leidens wird an der Hand mehre
bildungen zergliedert. Es kann hier nur Folgendes hervor
werden. Das Hauptsymptom ist bei Neugeborenen eine beträ
Hyperextension, welche durch willkürliche Bewegungen v
werden kann. Die aktive Beugung ist aufgehoben. In de
kehle sind die Kondylen des Femur deutlich zu fühlen. Di
scheibe ist nach oben verschoben ohne passive Kontrakt
Quadriceps und häufig nur rudimentär entwickelt. Im später
laufe kann vollständige Verrenkung nach vorn und oben und
stellung eintreten. Die Reposition gelingt durch Verstärku
Extension, Druck von der Fußsohle aus nach dem Knie, u
Kopf der Tibia nach unten zu drängen und um die Sehn
Biceps und Semimembranosus zu erschlaffen, Druck auf die
kondylen nach vorn und Beugung. Als Ursache der Verr
wird länger dauernde Hyperextension gegen Ende des fötalen
bezeichnet. **J. Riedinger** (Würzb

14) **A. Langer.** Über Bruns'sche Unterschenkelar
tionen, insbesondere über deren Dauerresultate.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 48 u. 49.)

Nach den Bruns'schen Grundsätzen der subperiostale
putation ist in der Schnitzler'schen Abtheilung bei 12
schenkel-, 3 Vorderarm- und auch bei Oberarm- und Obersc
absetzungen verfahren worden, stets mit gutem Erfolge o
geringste Nekrose der Wundränder (u. A. auch bei Gangrän i
Gefäßerkrankung).

Die Bruns'schen Seitenschnitte sind dabei noch ve
worden und das Periost als cylindrische Hülse erhalten ge

Bei 5 länger als $^1/_2$ Jahr zurückliegenden Unterschenkelamputationen konnte der Stumpfzustand auch mit Hilfe des Röntgenbildes kontrollirt werden, und es ergaben sich daraus einige interessantere Schlüsse. Der Knochenstumpf war regelmäßig durch gut ernährte, verschiebliche, fettgefütterte, in ihrer Sensibilität unversehrte Haut gedeckt. Das letztere ist von Wichtigkeit, weil Läsionen der Haut dadurch rasch zum Bewusstsein gebracht werden. Muskulatur fand sich nicht darunter; dieselbe war nicht allein atrophisch geworden, sondern hatte sich auch von der Stumpffläche zurückgezogen.

In der Konkurrenz mit dem Bier'schen Verfahren zeigt es sich, dass es so auch ohne Deckung der Markhöhle durch ein Knochenplättchen gelingt, Stümpfe zu erzeugen, welche eine günstige Gestalt der Knochen aufweisen und sich mehr oder minder dem Ideale von tragfähigen Stümpfen nähern, und zwar auf erheblich einfacherem Wege, als ihn Bier geht. Nur ist dabei auch die leicht zu erfüllende Bedingung, dass die Hautnarbe außerhalb der Knochenstützfläche bleibt. **Herm. Frank** (Berlin).

---

15) **H. Krapf.** Die Distorsion des unteren Fußgelenks. (Aus dem Rekonvalescentenhause für Unfallverletzte in Straßburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 11.)

Verf. weist zunächst darauf hin, dass eine Beschränkung in der seitlichen Beweglichkeit des Fußes, besonders bei Leuten, die auf unebenem Boden, z. B. auf dem Felde zu arbeiten oder schwere Lasten zu tragen haben, also vorzugsweise bei Arbeitern im landwirthschaftlichen oder Müllereibetriebe, die Geh- und Tragfähigkeit und damit auch die Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Eine solche Versteifung kann die Folge verschiedener Verletzungen sein; meist ist sie durch eine Fraktur des Sprung- oder Fersenbeins, häufig aber auch durch eine Distorsion des unteren Fuß- oder Talo-tarsal-Gelenks bedingt, die namentlich 3 Symptome: 1) ein mehr oder minder ausgebreitetes Blutextravasat an der einen oder an beiden Seiten des Talocalcaneusgelenks, 2) starke Druckempfindlichkeit dieser Gegend und 3) fast vollständige Aufhebung von Pro- und Supination in Folge heftiger Schmerzhaftigkeit im frischen Zustande zeigt und meist auf indirektem Wege (plötzliches Umkippen des Fußes) zu Stande kommt. Der Verlauf ist ein hartnäckiger; in der Regel bleibt theilweise oder völlige Ankylose des Gelenks mit den typischen Beschwerden zurück, an die sich die Pat. wohl mit der Zeit etwas zu gewöhnen pflegen. Das Tragen einer Plattfußeinlage im Schnürstiefel oder des Marcinowski'schen Apparates kann hierzu beitragen. **Kramer** (Glogau).

---

16) **A. Hoffa.** Zur Behandlung des Pes valgus.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 5.)

Die von H. bisher geübte Behandlung des »Knickfußes«, welche im Ersatz unrationellen Schuhwerks durch normales, oder durch einen

Beely'schen Plattfußschuh, eventuell im Tragenlassen eines mit Plattfußeinlage außen und innen verbundenen kleinen Schi apparates in dem Schuh und ferner in Massage und Gymnasti Unterschenkels bestand, hat dem Verf. zwar im Allgemeinen befriedigende Dauerresultate ergeben, indess auch zuweilen Re nicht zu verhüten vermocht. Er hat desshalb in einem Fall hochgradigem Pes valgus noch ein anderes Verfahren angewand welchem er darauf ausging, die Schwäche und den passiven Dehn zustand des M. tibialis postic. als Ursache der Valgusdeformit beseitigen. Er legte zu diesem Zwecke die Sehne dieses Mu unterhalb des Malleol. int. frei, durchschnitt sie und vernäht möglichster Überkorrektion des Fußes die an einander vorbeigesc nen Sehnenenden in ihrer neuen Stellung fest zusammen. Den angelegten Gipsverband ließ H. ca. 4 Wochen liegen und dana Doppelschiene tragen. Das erhaltene Resultat war vorzüglich wohl in Bezug auf die vollständige Beseitigung der Vagusste als auch aller früheren erheblichen Beschwerden. H. empfiehlt halb die gleiche Operation für ähnliche Fälle. **Kramer** (Gloga

---

17) **Trnka.** Die subkutanen Frakturen der Metatarsalkno

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 41.)

Unter den Brüchen der Metatarsalknochen hebt der Autor besondere Gruppe: die Torsionsbrüche des II. und III. Metat knochens, heraus, eine richtige Marschverletzung, welche da zu Stande kommt, dass mitten in einer marschirenden Truppe auch sonst im Gedränge der Vorfuß des Verletzten beim Abg von einem Steine, in einer Rinne u. dgl. in Supinationsstellung gehalten und der Hinterfuß in Pronationsstellung weitergetr wird. Die Behandlung soll in einer modificirten Plattfußbehan bestehen mit Redressement in, dem Verletzungsmechanismus gekehrt gerichteter spiraliger Einrichtung der Fragmente und gehverband. **Herm. Frank** (Berli

---

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

109. Sitzung am Montag, den 14. Mai 1900, im Langenbeckhause.

Vorsitzender: Herr J. Wolff.

1) Herr Wolff: Mortalitätsverhältnisse und funktionelle Er der sehr frühzeitigen Gaumennaht.

W.'s Veröffentlichungen über seine Resultate bei der erwähnten Op haben mehrfach zu gegentheiligen Meinungsäußerungen die Veranlassung ge und doch kann W. auf seinem Standpunkte der Empfehlung frühzeitiger Op beharren. Die Angaben über den günstigsten Zeitpunkt der Vornahme der Ga naht schwanken ganz erheblich.

v. Langenbeck und Billroth hielten die Operation bei ganz junger viduen für auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßend, Misserfolge fü natürlich.

Simon glaubt, dass von 10 operirten Kindern wohl nur 1 am Leben bleibt — dies die Anschauung bis zu Anfang der 70er Jahre. Aus diesem Grunde empfahlen auch Hüter und Nélaton statt der Operation die Anwendung von Prothesen.

Als Vortr. im Anfange der 80er Jahre zeigte, dass man bei ganz jungen Individuen doch gute Resultate erzielen könne, trat ihm Küster entgegen mit der Ansicht, die Operation bleibe ein Wagnis, sie sei unnöthig und gefährlich, das normale Alter bleibe das 6. und 7. Lebensjahr.

Gegen die von W. wieder aufgenommene frühzeitige Operation wandten sich Küster und Le Dentu; Letzterer betonte im zu frühzeitigen Operiren die Möglichkeit von Gesichtsentstellung, eben so Delbet u. A.

W. stellt nun mehrere Pat. vor, die er vor Jahren operirt hat, so ein 7jähriges Mädchen, das im Alter von 7 Monaten operirt wurde; es zeigt normale Entwicklung des Gesichts, der Kiefer; die Zähne des Oberkiefers ragen über den Unterkiefer vor, die Aussprache ist sehr gut.

Ein eben so günstiges Resultat ergab ein anderes von ihm operirtes Kind, über das der Hausarzt berichtete, dass die Aussprache genau so gut wie die der anderen Kinder sei, und dass selbst schwer auszusprechende Worte deutlich gesprochen würden.

Jedenfalls glaubt W., dass die funktionellen Resultate bei Frühoperationen besser als die bei Spätoperationen sind, und ausschlaggebend war immer die Gewichtsprobe, resp. die Gewichtszunahme.

W. hat in dem Zeitraume von 1872—94 160 Fälle operirt, und bis zum Jahre 1900 im Ganzen 296.

Von der ersten Serie hatte er unter 27 Fällen einen Todesfall (Bronchitis, Diarrhöe), derselbe betraf aber bezeichnenderweise nicht ein jüngeres, sondern ein älteres, operirtes Kind; danach unter 73 Fällen keinen Todesfall, dann unter 36 Fällen wieder 4 Todesfälle.

Unerlässliche Bedingungen bei der Operation sind peinlichste Blutersparnis, gutes Licht, Rose'sche Lage, Schonung der Gaumenmuskulatur, Entspannung der Lippen, Unterlassung von Tamponade, Benutzung von den kleinen Verhältnissen angepassten Instrumenten.

Die Operation gestaltet sich leicht wegen der Möglichkeit leichten Ablösens der Schleimhaut.

2) Derselbe: Osteoplastik bei veraltetem Patellarbruche.

W. ist der Meinung, dass man mehr wie bisher, und nicht nur in verzweifelten Fällen, operativ vorgehen müsse.

Dem Vortr. hat sich u. A. eine Methode gut bewährt, die darin bestand, dass er 4 quer eingeschlagene Nägel, die er durch Silberdrähte vereinigte, temporär einheilen ließ. Der Vortheil besteht darin, dass man die Drähte beliebig anziehen kann. Man verzichtet zwar auf eine knöcherne Vereinigung, die Fragmente lassen sich an dem vorgestellten Pat. ein wenig seitlich verschieben, und die Heilung geht langsam vor sich, aber das funktionelle Resultat ist ein gutes. Helferich hat durch Einführung von spongiöser Knochensubstanz in die Lücke befriedigende Resultate erzielt. In einem anderen Falle hat W. vom oberen und unteren Fragmente ein Stück, ferner die Tuberositas tibiae abgemeißelt, eine etwas modificirte Malgaigne'sche Klammer angelegt und dieselbe nach 7 Wochen entfernt.

Das Resultat befriedigt ihn, jetzt nach 9 Monaten, nicht ganz, da die Beugung des Beines nicht vollständig ausgeführt werden kann. Auffälligerweise ist die Patella 3 cm länger geworden, das Röntgenbild zeigt an der ehemaligen Frakturstelle eine knöcherne Brücke und unter derselben eine Diastase. Vielleicht ist die Schraube zu früh abgenommen, und sind zu früh passive Bewegungen ausgeführt worden.

3) Derselbe: Wachsthumsverhältnisse des Armes nach Resectio cubiti.

Die vorgestellte Pat. ist von W. im Alter von $2^3/_4$ Jahren, vor 27 Jahren, operirt worden. Ulna und Humerus sind jetzt scheinbar verlängert, der Radius

befindet sich in etwas luxirter Stellung. Vom Humerus wurden 22 mm re
da er jetzt so lang ist wie der gesunde (30,5 cm), muss er mehr gewachse
Die Funktion des Gelenkes ist trotz des schweren Eingriffes eine von
anderen kaum abweichende.

4) Herr Joachimsthal: Zur Behandlung des Schiefhalses.

Die Ätiologie des Schiefhalses ist noch nicht genügend geklärt, wahrsch
können verschiedene Momente die Ursache zu dieser Missbildung abgeben.
Stromeyer's Auffassung entwickelt sich Schiefhals bereits während de
uterinen Lebens, nach Mikulicz in Folge einer Verletzung der Muskulatu
neueren Forschungen (Kader, v. Noorden) ist Schiefhals Theilersch
gleichzeitig bestehender noch anderer Anomalien, bei denen hereditäre E
eine Rolle spielen.

Vortr. hat an 14 Fällen mit günstigem Erfolge die offene Durchschn
vorgenommen; ein Wandern der Narbe, wie es von Sabatier beschrieben
hat J. nicht beobachtet; 2mal stellte sich auffällige Abflachung des Hals
2mal Muskelschwund ein. Dagegen ging stets die Halsskoliose zurück, u
Gesichtsbildung besserte sich ganz auffallend.

Demonstration von Photographien mittels des Projektionsapparates vo
die den günstigen Erfolg der Operation deutlich erkennen lassen.

In der Diskussion bemerkt Herr Lexer, dass in der kgl. Klinik eb
die offene Durchschneidung geübt werde, und zwar, wie eine Nachunters
der operirten Pat. erwies, mit günstigem Erfolge; besonders sei die Asym
des Gesichts zurückgegangen.

5) Herr Amson: Zur Einrenkung der angeborenen Hüftverren

In der Wolffschen Klinik ist bisher 159mal die Einrenkung vorgen
worden; dabei hat sich naturgemäß die Frage aufgedrängt, welches das z
niedrigste Alter der Kranken sei, um die Einrenkung mit gutem Erfolg
zuführen.

In Lehrbüchern, resp. Veröffentlichungen finden sich darüber keine best
Angaben. Lorenz sagt: »Je früher, desto besser!« — meist wird wohl d
punkt abgewartet, in dem die Kinder bettrein sind, also die 2. Hälfte des 3.
jahres. Indess kommt auch dann noch eine Beschmutzung der Verbände vo
Verhütung dieser Übelstände lässt A. das operirte Kind dauernd von ei
verlässigen Wärterin oder der Mutter überwachen, die ständig am Bette d
daraufhin zu beobachten hat.

Eine frühzeitige Behandlung hat große Vorzüge, die Einrenkung gelingt
Reluxation kommt selten vor.

6) Herr Boesch: Fall von Transplantation gestielter Hautl
bei narbigen Gelenkkontrakturen.

Der vorgestellte Pat. erlitt in Folge einer Explosion schwere Verletzu
Hals und Arm, die eine Beugekontraktur des Ellbogen und Handgelenks
des Daumens zur Folge hatte. 4 Jahre hindurch bekam er 100% Rent
war völlig erwerbsunfähig. Ein Gipsabguss zeigt den Grad der Deformi
der durch B. nunmehr eingeleiteten Behandlung.

B. nahm eine quere Durchtrennung der Hohlhand vor, zog die Wun
einander, bis sie in Handbreite klaffte, löste einen großen Hautlappen vom
ab und fixirte denselben an der Hand, den Stiel zerschnitt er nach 16 Tag
gleicher Weise deckte er mit Hautlappen aus der seitlichen Thoraxhälfte u
Hand die durchtrennten Kontrakturen an Ellbogen und Daumen.

Nach 3¾ Monaten waren die Wunden sämmtlich geheilt.

Das Ellbogengelenk kann fast bis zu 180° gestreckt werden, eben so
gelenk mit Daumen. Die transplantirten Hautstücke sind normal gefärbt
ständig elastisch, auf der Unterfläche verschieblich, die Sensibilität ist erh

7) Herr Grünfeld: Fall von angeborener Verlängerung der u
Extremität.

Riesenwuchs findet sich meist an Fingern und Zehen, seltener an den
Extremitätenknochen, noch seltener an einer Beckenhälfte.

Der vorgestellte Pat., ein 6jähriger Knabe, stammt aus gesunder Familie. Gleich nach der Geburt wurden die Eltern aufmerksam auf die größere Länge des linken Unterschenkels. Er zeigt außerdem eine starke Verkrümmung, die die Vermuthung nahe legen könnte, dass die Bemühungen des Kranken, das linke Bein zu verkürzen, eine Krümmung zur Folge gehabt hätte.

Es findet sich ferner eine Prominenz der linken Kniescheibe (Patellarhöcker), elephantiastische Verdickung der Brusthaut und Teleangiektasien, an beiden kleinen Zehen amniotische Schnürfurchen, die rechte große Zehe verlängert und verbreitert, Kryptorchismus rechterseits.

Auf dringendes Bitten der Eltern entschloss man sich zu einer Osteotomie; rechts, um durch Distraktion eine Verlängerung, links, um durch Verschiebung der Knochenenden über einander eine Verkürzung des Beines zu erzielen.

Der Erfolg ist ein ziemlich guter.

8) Herr Wolff: Die Pathogenese des typischen angeborenen Klumpfußes.

Zur Erklärung der Entstehung des Klumpfußes wird noch immer die alte Hippokratische Lehre angeführt, der Klumpfuß entstünde auf mechanischem Wege, eben so wie Baumwurzeln sich verkrümmen, wenn sie gegen einen Stein stoßen. Hierzu gehört auch die Theorie von dem Mangel des Fruchtwassers. Dem Vortr. erscheint vielmehr die Ursache in einer mangelhaften Keimanlage zu liegen, eben so wie Spina bifida und Hermaphroditismus und andere Missbildungen.

Sarfert (Berlin).

---

19) **Sieur.** Fracture ancienne non réduite de la clavicule droite; cal difforme comprimant le plexus brachial: impotence fonctionnelle du membre. Réduction, avivement et suture des fragments. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 503.)

Die Fraktur saß an der Grenze von mittlerem und äußerem Drittel des rechten Schlüsselbeines, bestand seit 10 Monaten und war mit starker Dislokation geheilt, derart, dass das äußere Fragment nach unten hinten vom oberen zu stehen kam bei einer Verkürzung des Schlüsselbeines von $3^1/_2$ cm. Der Druck des lateralen Bruchstückes auf den Plexus brachialis hatte zu Schmerzen, Parästhesien und großer Schwäche des rechten Armes geführt, ihn völlig funktionsunfähig gemacht. — Osteotomie, Reposition der Fragmente und Knochennaht brachten völlige Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

20) **C. Grothe.** Zur Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation. (Aus der chirurg. Abtheilung des St. Vincenz-Krankenhauses in Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 19.)

G. theilt einen von Dreesmann operativ behandelten Fall von habitueller Schulterverrenkung mit, in welchem die stark erweiterte Gelenkkapsel an der Vorderseite freigelegt, eröffnet und der laterale Wundrand über den medialen herübergezogen und in dieser Doppellage mit Katgut vernäht wurde; sonstige Veränderungen im Gelenke bestanden nicht. Heilung mit günstigstem funktionellen Resultate, bisher andauernd. **Kramer** (Glogau).

21) **Gumpertz.** Isolirte Lähmung eines Musc. triceps brachii nach Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 5.)

Ein 20jähriger Arbeiter fiel im Jahre 1898 vom Pferde auf den linken Arm. Die Anfangs vorhandene Schwellung und Schwerbeweglichkeit des Armes wurde von dem Pat. selbst mittels Einreibungen behandelt. Mit der Zeit stellte sich eine völlige Funktionslosigkeit des linken M. triceps brachii in Folge degenerativer Lähmung, so wie ein allgemeiner Muskelschwund dieses Armes ein. Während



Verf. erstere direkt mit dem Unfalle in Verbindung bringt, fasst er letzteren als eine Inaktivitätsatrophie auf. Da zur Zeit des erwähnten Unfalles ein Arzt nicht zu Rathe gezogen worden war, ließ sich nicht mehr feststellen, ob die Lähmung des M. triceps durch eine starke Quetschung oder in Folge eines gut verheilten Oberarmbruches bedingt war. Verf. illustrirt diesen Fall, der nicht zur Begutachtung gekommen, durch 2 Abbildungen. **Motz** (Hannover).

22) **E. Pagenstecher** (Wiesbaden). Über Muskel- und Sehnenrisse im Biceps brachialis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 17.)

Seinen früher (s. d. Bl. 1895 p. 902) mitgetheilten Beobachtungen von obigen Verletzungen reiht P. 2 weitere an, in deren einer gleichzeitig der Oberarmkopf nach oben vorn subluxirt war; die eigentliche Natur der Verletzung war lange, bevor der 67jährige Pat. in P.'s Behandlung kam, verkannt worden; es bestanden erhebliche Funktionsstörungen. Solche waren gering in dem anderen Falle, in welchem ein im oberen Drittel des Muskelbauches sitzender Riss allein vorhanden war. — Im Anschlusse an diese Fälle bespricht P. noch kurz die Differentialdiagnose gegenüber Hämatomen und Muskelhernien und die Therapie der Muskelrisse. **Kramer** (Glogau).

23) **Meinhard Schmidt** und **E. Delbanco**. Axillares Neurom des Plexus brachialis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 381.)

64jährige Frau, die vor 15 Jahren in der linken Achselhöhle zuerst eine für eine Drüse gehaltene Anschwellung bemerkte, welche in den letzten Jahren ohne nervöse Störungen stark gewachsen ist. Die über kindskopfgroße Geschwulst sitzt jetzt im Außentheile der Mammahauttasche. Zwischen ihr und dem Arme spannt sich die nach unten verlängerte vordere Achselfalte, in welcher quer laufend ein derber Strang fühlbar ist. Auslösung der unverwachsenen Geschwulst leicht; doch erweist sich der in der Achselfalte fühlbare Strang als Nervenstamm, welcher sich am Oberarme in die Medianusgegend begiebt. Abtrennung desselben. Nach oben geht die sich dahin verjüngende Geschwulst tief zwischen Nerven und Gefäße der Achselhöhle. Der hier in sie übertretende Nervenstamm wird auch getrennt. Ein kleiner Geschwulstknoten, der mit dem Stamme des Radialis unlösbar verwachsen war, wird absichtlich nicht mit fortgenommen. Glatte Wundheilung mit Hinterbleib der motorischen Lähmungen — namentlich der Fingerbeuger — und Anästhesien besonders im Ulnarisgebiete. Der in der Achselhöhle belassene Geschwulstrest ist seit jetzt $2^3/_4$ Jahren nicht weiter gewachsen. Ausdehnung der motorischen und sensiblen Ausfälle lässt schließen, dass alle axillaren Plexusstämme abgeschnitten wurden mit Ausnahme des Radialis.

Die Geschwulst zeigte einen an Uterusfibrome erinnernden Bau aus kugeligen, faserigen Knoten. Die Nervenstämme traten am oberen Pole der Geschwulst an diese heran, faserten sich auf, um meridianartig zu divergiren, dann wieder zu konvergiren und sich unten zum Strange zusammenzulegen. Die Nervenfasern blieben überall der derben fasciösen Geschwulstkapsel aufgelagert.

D. beschreibt genau den histologischen Befund. Danach handelt es sich um ein Neurofibrosarkom. Von Interesse ist eine ausgedehnte Entartung der Gefäße mit einer »xanthoiden« Zelldegeneration, die unter Beifügung einer histologischen Tafel näher besprochen wird.

Selbstbericht von **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Hofmann**. Ein Fall von isolirter Lähmung des Nervus suprascapularis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Ein 22jähriger Knecht hatte sich durch Herabfallen vom Erntewagen die linke Schulter beschädigt. 3 Wochen später zeigte sich eine gewisse Schwäche im linken

Arme beim Auswärtsrollen und beim Heben des Armes. Es handelte sich um völlige Atrophie des Musc. supra- und infraspinatus; also einer Lähmung des Nervus suprascapularis, wahrscheinlich zu Stande gekommen im Moment des Aufschlagens durch Anpressen des Nervengeflechtes in Folge von Adduktion der Clavicula gegen die Halswirbelsäule. Die Abmagerung des M. infraspinatus ist sehr auffallend, während die des Supraspinatus durch den Cucullaris verdeckt wird. Die Verletzung ist selten; es sind bis jetzt außerdem 6 Fälle bekannt.

Borchard (Posen).

25) **H. Bräuninger** (Mannheim). Über einen seltenen Fall von Radialislähmung, geheilt durch Freilegung und Dehnung des Nerven.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 9.)

Die Radialislähmung hatte sich bei dem 16jährigen Knaben 4 Wochen nach einer schweren Quetschung des Oberarmes eingestellt und war wahrscheinlich auf Druck derben Narbengewebes auf den Nerven zurückzuführen. Nach 4 Monate dauernder elektrischer und mechanischer Behandlung, die keine Besserung brachte, legte B. den Nerven, der sich in feste Narbenmassen eingebettet fand, frei, löste ihn aus diesen aus und dehnte ihn. Schon nach 8 Tagen begann sich Besserung zu zeigen, und allmählich gingen alle Lähmungserscheinungen zurück.

Kramer (Glogau).

26) **F. Krause.** Luxation des Nervus ulnaris.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 14.)

Drei Fälle, in denen die Verschiebung spontan entstanden war oder im Anschlusse an eine leichtere Verletzung sich ausgebildet hatte, wurden beobachtet und operirt. Die Beschwerden sind bis in den kleinen Finger durchschießende Schmerzen, die bei Beugung und Streckung des Ellbogens auftreten. Die Operation bestand in Fixation des N. ulnar. an seinem normalen Orte zwischen Condyl. intern. humeri und Olekranon durch einen Periost-Knochenlappen. Derselbe wurde aus dem Olekranon herausgemeißelt, medianwärts um das auf der medianen Seite als Brücke stehengebliebenes Periost um 180° herumgeklappt und an die fibröse Bedeckung des Epicondylus internus angenäht. **Borchard** (Posen).

27) **E. Payr.** Über Läsion des Nervus ulnaris bei Verletzungen am Ellbogengelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 167.)

Mittelpunkt der Arbeit sind 3 Beobachtungen der Innsbrucker Klinik. In Fall I handelt es sich um eine Kompression des Ulnarisstammes, der nach vorn vor den Humerus verrenkt, zwischen diesem und der abgerissenen und ebenfalls nach vorn verschobenen und verwachsenen Epitrochlea (Epicondylus medialis) komprimirt war. Pat. war in einen Transmissionsriemen gerathen und von anderer Seite mit Gipsverband vorbehandelt. Der Ellbogen stand in Flexionsankylose, für Pro- und Supination unbeweglich, die Vorderarmknochen inkomplet lateral verrenkt, starke sensible und motorische Ausfallserscheinungen im Ulnarisgebiete; der bereits erwähnten Luxationsfraktur der Epitrochlea entsprechende Palpationsanomalie in der Gegend derselben. Es gelang mittels einer Arthrotomie, sowohl die subluxirten Vorderarmknochen zu reponiren, als auch den Nerven frei zu machen und ebenfalls wieder richtig zu lagern. Guter Verlauf, Resultat: befriedigende Besserung der Gelenkbeweglichkeit, Herstellung der Ulnarisfunktion. An diesen Fall schließt P. eine Allgemeinbesprechung der nicht allzu häufigen inkompleten Lateralverrenkung des Vorderarmes. Die etwas komplicirte Knochenverletzung, bei welcher auch der äußere Kondylus abgesprengt und verlagert war, ist durch mehrere Abbildungen verdeutlicht.

In Fall 2 handelte es sich um Einbettung des Ulnarnerven in eine größtentheils bindegewebige Callusbildung nach einer Fraktur der Epitrochlea und Fixation des Nerven gegen den Knochen durch Narbengewebe. Es bestanden Parästhesien

und motorische Lähmungserscheinungen. Auch hier Arthrotomie, die einen mit Dislokation geheilten schrägen Querbruch des Humerusgelenkendes ergiebt. Neurolysis und Abtragung der Callusmassen, völlige Herstellung der Nervenfunktion; auch die Gelenkbeweglichkeit wurde gebessert.

In Fall 3 war der Ulnaris durch Narbengewebe einer gar nicht an ihn heranreichenden Wunde aus seiner Rinne an der Hinterseite des Condylus int. herausgehoben und bis an die Spitze der Epitrochlea verlagert worden. Scharfe Knickung des Stammes durch den Zug der Narbe hatte auch hier eine Art Kompressionslähmung veranlasst, welche es operativ durch Freipräpariren des Nerven, Reposition desselben nebst Excision der Narbenmassen zu beseitigen gelang.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Lindemann.** Heißluftbehandlung bei Arthritis deformans.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 14.)

2 Fälle von Arthritis deformans der Hände, seit 6 resp. 20 Jahren bestehend, trotz verschiedentlicher Behandlung sich stetig verschlimmernd!, wurden durch lokale und allgemeine Heißluftbehandlung im elektrischen Heißluftapparat wesentlich gebessert.

Borchard (Posen).

29) **W. Mühlenhardt.** Ein Fall von weichem Sarkom des Femur und Beckens.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900. 20 S.

Die Geschwulst entwickelte sich bei einem 31jährigen Arbeiter im Anschlusse an einen Fall mit gespreizten Beinen und führte innerhalb von 11 Wochen durch Hineinwuchern in die Bauchhöhle zum Tode. In der Annahme eines Hämatoms wurde 2mal punktirt; erst die Incision sicherte die Diagnose auf Sarkom.

R. v. Hippel (Dresden).

30) **Deidesheimer.** Über Resultate der Behandlung der chronischen Ischias durch blutige Dehnung des Nervus ischiadicus.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1899.

In 3 Fällen von Ischias, in denen Madelung die blutige Dehnung des Nervus ischiadicus ausführte, trat nach der Mittheilung D.'s vollständige Heilung ein, welche bei dem ersten Kranken seit 1 Jahr 8 Monaten, bei den beiden anderen seit 1 Jahr 4 Monaten andauert. Zwei weitere Fälle von Ischiadicusdehnung hatten desshalb nur einen schnell vorübergehenden Erfolg, weil als Ursache des Leidens sich im späteren Verlaufe einmal eine Beckengeschwulst, das andere Mal eine ankylosirende Hüftgelenksentzündung herausstellte.

Schließlich berichtet D. noch über einen Fall von Dehnung des N. cruralis bei einem Manne, dessen neuralgische Schmerzen im Bereich dieses Nerven sich im Anschlusse an eine Quetschung der Leistengegend herausgestellt hatten. Die Beurtheilung dieses Falles, bei dem ein Dauererfolg ausblieb, wird dadurch erschwert, dass der Verletzte mit Wahrscheinlichkeit als Simulant angesprochen werden musste.

Wenn Verf. in der Epikrise den guten Erfolg bei den 3 ersten Pat. mit chronischer Ischias konstatirt, so ist dazu nur zu bemerken, dass in Fall I die ersten neuralgischen Schmerzen nur zwei Monate vor der Operation aufgetreten waren, so dass dieser Fall wohl kaum schon als »chronische« Ischias bezeichnet werden darf.

Sultan (Göttingen).

31) **Riese.** Schenkelkopfexstirpation bei veralteter intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

59jährige Frau hatte 5 Monate vorher eine intrakapsulare Fraktur erlitten. Da dieselbe nicht heilte, bedeutende Funktionsstörungen verursachte, machte R.

von einem Resektionsschnitte aus die Exstirpation des Kopfes. Dieselbe gelang erst nach subperiostaler Abmeißlung des Trochanter. Das erzielte Resultat war ein gutes. R. weist auf die Wichtigkeit der Erhaltung der Muskelansätze gerade in diesen Fällen hin und verwirft desshalb die Resectio subtroch. Eine Heilung dieser losen intrakapsulären Fraktur hält er für ausgeschlossen, da im Alter die Gefäße im Lig. teres schwinden, und der Kopf somit bei reiner intrakapsulärer Fraktur ohne Ernährung ist. **Borchard** (Posen).

32) **Poirier.** Rupture du tendon du quadriceps fémoral; suture, massage et mobilisation immédiate.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 542.)

Die Sehne des Quadriceps femoris setzt sich aus 3 Schichten zusammen, einer vorderen, entsprechend der Sehne des Rectus femoris, einer mittleren, gebildet von den sich kreuzenden, zur Kniescheibe ziehenden Fasern der Sehnen der beiden Vasti, und einer hinteren, der Sehne des Cruralis angehörigen. P. konnte in dem von ihm beobachteten Falle zeigen, dass, wie er auf Grund dieser anatomischen Verhältnisse vermuthet hatte, die Kontinuitätstrennung dieser 3 Schichten in verschiedener Höhe erfolgt war: Die oberflächliche Schicht war quer, 3—5 mm oberhalb des oberen Randes der Kniescheibe, die mittlere vertikal zwischen beiden Vasti, die tiefe Schicht 8 cm über der Kniescheibe quer durchrissen. Das untere Ende dieser letzten Schicht hatte sich nach vorn vor die Kniescheibe zurückgeschlagen, lag direkt unter der Haut.

P. nähte die einzelnen Schichten der durchrissenen Sehne exakt und konnte den 62jährigen Pat. bereits 3 Wochen nach dem Unfalle geheilt der chirurgischen Gesellschaft vorstellen, mit aktiver Beugungsfähigkeit des Kniees bis zum rechten Winkel. Dies nach so kurzer Zeit überaus günstige funktionelle Heilresultat glaubt P. nur dem Umstande zu verdanken, dass er das Bein nach der Operation nur für 3 Tage immobilisirte, dann sogleich die Muskulatur regelmäßig massirte und den Kranken schon am 14. Tage aufstehen und mit einem Stocke umhergehen ließ. **Reichel** (Chemnitz).

33) **O. Vulpius.** Zur Kasuistik der Sehnenzerreißungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 17.)

Unter den von V. mitgetheilten Fällen interessirt, abgesehen von zweien von Abreißung der langen Bicepssehnen, besonders eine Beobachtung von doppelseitiger Abreißung der Quadricepssehne am oberen Rande der Kniescheibe bei einem 66jährigen Manne. Während bei der rechtsseitigen Verletzung, welche 5 Jahre früher in Folge Fehltretens zu Stande gekommen war, der Reservestreckapparat unversehrt geblieben, und dadurch sich von selbst die Funktion des Kniegelenkes in genügender Weise wiederhergestellt hatte, erheischte die linksseitige, auch auf die seitliche Kapselwand übergehende Zerreißung einen operativen Eingriff, der, in Naht der Theile bestehend, von günstigstem funktionellem Erfolge war. Bemerkenswerth ist noch, dass die mikroskopische Untersuchung eines Sehnenstückchens erhebliche fettige Degeneration ergab, wodurch sich die Entstehung der Zerreißung ohne Trauma erklärte. Trotzdem ist ein Recidiv bisher — $2^3/_4$ Jahre p. op. — nicht aufgetreten. — In einem weiteren Falle von Zerreißung des Kniestreckapparates hatte ein myelogenes Riesenzellensarkom das obere Schienbeinende größtentheils zerstört, wodurch die Abreißung des Lig. patellae proprium nebst der Tuberositas tibiae in Folge des leichten Traumas begünstigt wurde. **Kramer** (Glogau).

34) **J. A. Rosenberger** (Würzburg). Über das Vorkommen von Reitweh an der Patella.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 8.)

R. hat in einigen Fällen das Auftreten heftiger Schmerzen, besonders an der Innenseite der Kniescheibe, in Folge des Druckes zu enger Reithosen beobachtet;

die betr. Pat. waren wegen der Schmerzen für einige Zeit am Reiten und Gehen völlig behindert. Es bestand im Übrigen keine Schwellung, kein Blutextravasat, keinerlei Entzündung im Bereiche der schmerzenden Stelle, so dass es sich nur um die Folge eines Druckes auf die Nerven der Knochenhaut und des Knochens gehandelt haben kann. Absolute Ruhe und Umschläge brachten bald Besserung; Massage konnte wegen der Empfindlichkeit der Haut in der ersten Zeit nicht in Betracht kommen. Das Tragen einer weiten Reithose hat Rückfällen vorgebeugt.

Kramer (Glogau).

35) Schanz. Zur Behandlung der habituellen Patellarluxation.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 4.)

Nach Freilegung der Gelenkkapsel wurden bei einer 12 Jahre alten Pat. zur Beseitigung des Leidens 5 tiefe Nähte mit starken Seidenfäden zwischen dem medialen Rande der Kniescheibe und dem Condylus internus angelegt. Beim Knüpfen der Nähte faltete sich die Kapsel zu einer Wulst eng zusammen. Dadurch soll, da die Nähte doch ausreißen müssen, hinter denselben eine Narbe entstehen, welche die Dauerverbindung zwischen Kniescheibe und Condylus internus herstellt. Die Operation wurde an beiden Kniegelenken ausgeführt. Die Nachuntersuchung 3 Monate nach der Operation ergab »völlig normale Funktion beider Kniee«.

J. Riedinger (Würzburg).

36) Lichtenauer. Über Kniescheibenbrüche und ihre Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 165.)

L. berichtet über 3 Fälle von Kniescheibenbruch, die in Schuchardt's Spitalabtheilung in Stettin mit gutem Resultate, aber jedes Mal verschieden behandelt wurden, nämlich Fall 1 mit Arthrotomie und periostaler Seidennaht der Fragmente, Fall 2 mit permanenter Extension und Fall 3 mit Kompressionsverband, später mit Punktion des Hämarthros, Massage und mechanischer Gymnastik. Der interessanteste Fall ist jedenfalls der zweite und die in ihm angewandte Therapie sehr beachtenswerth. Schon in einem Falle von außerordentlich renitentem Patellarsplitterbruch in Helferich's Greifswalder Klinik erzielte L. mit der permanenten Extension ein günstiges Resultat. Bei dem Stettiner Kranken bestand außer einer Schaftfraktur des linken Oberschenkels ein Querbruch der linken Kniescheibe mit starkem Gelenkblutergusse und 2 cm breiter Diastase der Fragmente. Zunächst Punktion des Blutergusses, 3 Tage später Anlegung des Heftpflasterextensionsverbandes, dessen Ansa bis zur Hüfte angelegt wird, mit einer Belastung von 20 Pfund. Der Verband blieb 3 Wochen lang liegen, und bald hinterher wurde mit Klopfmassage des Quadriceps und vorsichtigen passiven Bewegungen begonnen. Nach weiteren 5 Wochen wird Pat. mit einem im Knie artikulirten Schienenapparate entlassen. Gut aktiv und passiv bewegliches Knie, dessen Patella knöchern konsolidirt erschien.

Die gute Wirkung des Heftpflasterextensionsverbandes, der zunächst doch wohl des Oberschenkelbruches wegen angelegt zu sein scheint (Ref.), auf Zusammendrängung der Patellarstücke ist nach L.'s Ausführungen einer Erschlaffung der Extensoren zuzuschreiben. Um dieser Wirkung noch sicherer zu sein, kann man die Pflasterstreifen mehr auf die Vorderfläche des Beines verlegen und muss reichlich Querstreifen anbringen. L. empfiehlt weitere Versuche mit der Extensionsbehandlung, die, wenn sie sich allgemeiner bewährt, allerdings in Gebrauch zu kommen verdient und nicht selten die Knochennaht überflüssig machen könnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) Reichenbach. Ein Fall von ungewöhnlicher Dislokation bei Fractura cruris.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Die Bruchenden der Tibia und Tibula sind in 2 auf einander senkrechten Ebenen verschoben.

Borchard (Posen).

38) **V. Ménard.** Nécrose par suppuration à la suite de l'évidement du tibia syphilitique.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

Bei 2 Pat., denen wegen syphilitischer Affektionen die Tibia früher aufgemacht worden war, und welche dann unter der entstandenen Eiterung lange litten, hat der Autor Knochennekrose gefunden, theils am Rande der Knochenhöhle, theils in Form von Sequestern. Die Ursache für diese Nekrosen, welche nicht etwa durch die Syphilis allein haben entstehen können, sieht er darin, dass zur blutigen Operation noch eine Eiterung getreten ist. »Sieht man sich genöthigt, wegen Syphilis Knochen zu trepaniren, muss man streng aseptisch vorgehen und die Wunde primär schließen.« **Herm. Frank** (Berlin).

39) **C. Walther.** Difformité consécutive à une résection totale d'un segment de la diaphyse du tibia et à une fracture sécondaire du péroné.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 5.)

Im Alter von 15 Jahren akute Osteomyelitis mit Resektion eines 6 cm hohen Stückes aus dem gesammten Querschnitte der Tibia mit Wiederherstellung der Gehfähigkeit bei normaler Fußstellung ohne durchgehenden Knochenersatz, aber mit vikariirender Hypertrophie der Fibula, welche allein den Körper trägt. $2^3/_4$ Jahre später bei hastigem Laufen Einknicken des Fußes und des Wadenbeines mit wenigtägiger Gehunfähigkeit und von da an zunehmende starke Umkrümmung des unteren Theiles des Unterschenkels, Fuß nach innen gerichtet. Heilung durch Resektion von 4 cm der Fibula am Krümmungswinkel, welche allein die tragfähige Stütze des Beines bleibt. **Herm. Frank** (Berlin).

40) **M. Kirmisson.** Pied bot varus d'origine traumatique du coté gauche consécutif à la section des tendons péroniers latéraux.

(Revue d'orthopédie 1899. No. 3.)

Im Alter von 3 Jahren Durchschneidung der Peronealsehnen durch ein Sichelmesser. Allmähliche Senkung des äußeren Fußrandes, so dass das Kind auf ihm geht; Sohlenfläche sieht nach innen, leichte Equinusstellung. Im Alter von 6 Jahren anscheinend Sehnennaht, ohne auf die Stellung einzuwirken. Im Alter von $10^1/_2$ Jahren reagiren sämmtliche Muskeln, auch die Peronealmuskeln, auf den elektrischen Strom, die pathologische Stellung ist aber fixirt. Nach Arthrodese sind Bewegungen am Fuße schmerzfrei, über weitere Funktion ist nichts bemerkt. — In diesem einzelnen Falle, wo es sich nicht um Muskeldegenerationen, wie bei der Kinderlähmung, handelte, hat die Sehnennaht der Sehnendehnung nicht Einhalt thun können; diese Gefahr scheint noch größer, wenn es sich um die Verbindung eines paralytischen mit einem gesunden Muskel, wie bei der Poliomyelitis, handelt, wesswegen K. der Arthrodese in diesen Fällen den principiellen Vorzug giebt. **Herm. Frank** (Berlin).

41) **H. Morestin.** Fracture de l'astragale.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.)

Nach einem Eisenbahnunfalle war die betr. Kranke mit eigenartiger Stellung des rechten Fußes aufgefunden worden: Der Fuß erscheint verlängert, stark nach innen rotirt und etwas adducirt; die Ferse war abgeplattet. Zudem bestand Krepitation und deutlich tastbare Trennung des Caput tali vom Corpus. Operation, da Reposition in Narkose nicht gelang; es hatte sich nämlich das Caput tali gedreht und gegen den Mall. ext. gestemmt. Der ganze Talus ward exstirpirt. Der Heilerfolg war gut. **Christel** (Metz).

42) **Tixier** et **Viannay** (Lyon). A propos d'un cas de luxation médiotarsienne.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 3.)

Verrenkungen im Chopart'schen Gelenke sind im Ganzen nur 8 beschrieben, davon nur 4 in einwandfreier Weise. Von diesen 4 sind 2 zufällige Leichenbefunde. Verff. geben eine gute, durch Röntgenphotographie unterstützte Beschreibung eines Falles von Verrenkung zwischen 1. und 2. Reihe der Fußwurzelknochen. Letztere war nach unten, plantarwärts verschoben. Der Abdruck der Fußsohle ergab annähernd das Bild eines Plattfußes. Der Unfall lag 3 Monate zurück, zu lange, als dass man noch an eine Einrichtung hätte denken können. Der 25 Jahre alte Verletzte war mit dem Vorfuße unter eine Schiene gerathen, als er durch das Rad eines Wagens einen Stoß gegen die Ferse erhielt.

P. Stolper (Breslau).

43) **N. Giannettasio.** Contribution à l'étude de la métatarsalgie (maladie de Morton). Observation clinique et histologique.

(Revue de chir. 1900. No. 2.)

Die Untersuchung des von G. beobachteten Falles von Metatarsalgie eines 15jährigen Mädchens, bei dem sich das Leiden nach einem sehr leichten Trauma entwickelt hatte, bestätigt die von Péraire und Melly vertretene Anschauung, dass eine kondensirende Osteitis des oder der Metatarsalköpfchen in G.'s Falle ohne Subluxation des betroffenen zweiten dem Leiden zu Grunde liegt. Das durch Resektion gewonnene Präparat ist von G. sorgfältig mikroskopisch untersucht worden. Röntgenbilder desselben und des Metatarsus II des gesunden Fußes zeigen die Verdickung des Capitulum der kranken Seite aufs deutlichste.

Kramer (Glogau).

44) **Scholl.** Ein Fall von Plantarluxation des Nagelgliedes der rechten großen Zehe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 13.)

Die äußerst seltene Luxation trat ein beim Falle von einem Wagen, wobei der Fuß sich zwischen 2 Brettern einklemmte. Das Glied stand in Bajonettstellung mit etwas nach oben offenem stumpfem Winkel. Die Reposition gelang leicht. Das funktionelle Resultat ist ein vorzügliches. **Borchard** (Posen).

45) **J. T. Arwine** und **D. S. Lamb.** A fifth case of »fungous foot« in America.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Oktober.)

In dem Falle von A. und L., der einen 45jährigen Einwohner von Südwest-Texas betraf und zur Amputation mit völliger Genesung führte, fanden sich in den Abscessen, welche den Fuß und Unterschenkel durchsetzten, gelbbraune, runde, rauh anzufühlende Körner von 1—3 mm Größe, die genau das Verhalten der Aktinomyceskörner zeigten. Wie in Indien, so sind die wenigen Fälle in Amerika fast ausschließlich in den tropischen und subtropischen Gegenden beobachtet worden bei der Landbevölkerung, welche auf durchpflügtem Ackerboden barfuß geht.

Der Fall ist klinisch und pathologisch-anatomisch eingehend studirt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

46) **Gollmer.** Ist ein Stelzfuß oder ein künstliches Bein zweckmäßiger für den Arbeiter?

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 9.)

Verf. knüpft seine Betrachtung an einen in No. 21, Jahrgang 1899, der Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung abgedruckten, an das Reichsversicherungsamt gerichteten Bericht des Vorstandes der Sektion II (Bochum), in dem auf die Zweck-

mäßigkeit von Stelzfüßen für Arbeiter gegenüber künstlichen Gliedmaßen hingewiesen ist. Verf. trägt nach einer rechtsseitigen Oberschenkelamputation seit 16 Jahren eine Prothese und ist mit derselben völlig zufrieden. Auf Grund eigener Erfahrung glaubt er den Grund für den oft falschen Sitz der Prothesen und deren häufige Reparaturbedürftigkeit allein auf fehlerhafte Herstellung derselben seitens unfähiger oder wenigstens ungeübter Instrumentenmacher zurückführen zu können. Er selbst tritt lebhaft für die Gewährung von Prothesen an Amputirte aus dem Arbeiterstande ein. Nach seiner Ansicht ruft schon der äußere Anblick eines Stelzfußes bei einem Arbeiter mehr das Gefühl der Verstümmlung hervor; derselbe sieht viel eher in sich den Krüppel und läuft bei mangelnder Willensstärke viel leichter Gefahr, statt zur regelrechten Arbeit zurückzukehren, gewinnbringenderes Betteln etc. dieser vorzuziehen und so ev. moralisch völlig zu verkommen.

Ref. hat die Ansicht, dass Verf. den Werth dieses rein ethischen Gesichtspunktes etwas zu hoch anschlägt. **Motz** (Hannover).

47) **A. Posadas.** Psorospermiose infectante généralisée.

(Revue de chir. 1900. No. 3.)

Die bei dem betreffenden Pat. nach 7 Jahre langem Bestehen tödlich verlaufene Krankheit wurde von P. in allen ihren Phasen beobachtet. Sie trat zuerst in der Haut des Gesichtes und linken Beines nebst den regionären Lymphdrüsen auf und verbreitete sich allmählich über die ganze Körperoberfläche und inneren Organe in der Form sehr kleiner, später zu großen und zerfallenden Geschwülsten zusammenfließender, schmerzloser Knötchen des Zellgewebes, bei neuen, anfallsweise auftretenden Eruptionen von Fieber begleitet. Die Knötchen enthielten im Centrum eine Riesenzelle mit dem Krankheitserreger, einem der Gruppe der »Sporozoaires« angehörenden »Protozoaire«, ringsum epitheliale und peripher embryonale Zellen. Der von P. auch in Bezug auf die Art seiner Vermehrung sorgfältig studirte Parasit wurde auch außerhalb der Zellen gefunden und in verschiedenen Formen und Deformationen beobachtet (Abbild. s. im Originale). Überimpfung auf Thiere führte zur Entwicklung der gleichen Krankheit, stets mit tödlichem Ablauf derselben durch parasitäre Embolien auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen; andere Mikroorganismen waren niemals nachweisbar.

Kramer (Glogau).

48) **P. Sick.** Über Schusswunden im Burenkriege.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 393.)

S. liefert eine kurze Besprechung der bislang vorliegenden journalistischen Lazarettberichte, die die im Burenkriege beschäftigten Chirurgen veröffentlicht haben, der Mehrzahl nach englischen Ursprunges. Da die Arbeit selbst also schon den Charakter eines Referates hat, überdies auch ein Theil der wichtigeren in ihr berücksichtigten Rapporte im Centralblatte bereits angezeigt ist, gehen wir nicht näher auf sie ein. Nur kurz sei bemerkt, dass auch hier betont wird, wie die Handfeuerwaffen, von den Schädelschüssen abgesehen, auffallend leichte und rasch heilende Verletzungen machten, namentlich das Mausergeschoss; dass es aber auch nicht an auffallend günstigen Heilungen von Schädelschüssen mangelt. Besonders merkwürdig aber ist die häufige gute Heilung penetrirender Bauchschüsse, so dass die Indikation zu operativer Intervention bei diesen Verletzungen anscheinend eingeschränkt werden muss. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

49) **K. G. Lennander.** Fyra fall af akut cholecystit med diffus eller begränsad peritonit.

(Upsala Läkareförenings Förhandligar N. F. Bd. V. p. 271.)

Verf. beschreibt ausführlich 4 Fälle von Cholecystitis acuta und liefert im Anschluss daran eine allgemeine Übersicht der betreffenden Krankheit, ihrer Symptome, Prognose und Behandlung. Die Fälle sind in aller Kürze folgende:

1) 61jähriger Mann: Cholecystitis acuta (Cholelithiasis) und Peritonitis diffusa serofibrinosa incipiens. 30 Stunden nach dem ersten Auftreten der Krankheitssymptome Cholecystotomie und Jodoformgazedrainage der Bauchhöhle. Heilung.

2) 71jähriges Weib. Cholecystitis acuta gangränosa (Cholelithiasis) und Peritonitis seropurulenta diffusa. 44 Stunden nach dem Anfang der Krankheit Drainage der Gallenblase und des Bauches. Völliges Abfallen der Gallenblase nach 42 Tagen; nach noch 20 Tagen Heilung.

3) 62jährige Frau: Cholecystitis acuta gangränosa (und Cholelithiasis) und Peritonitis serofibrinosa rechts im Bauche. Operation 10 Tage nach dem Anfang der Krankheit. Aus dem Ductus cysticus wurde ein sehr großer (18 g) Stein herausbefördert. Reposition und Fixation der Leber, Cholecystotomie und Drainage der Bauchhöhle. Heilung.

4) 36jährige Frau: Cholecystitis acuta ulcerosa (und Cholelithiasis) und Peritonitis fibrinosa. Seit mehreren Jahren krank mit oft wiederkehrenden Frostanfällen. Vor 6 Jahren Wanderniere diagnosticirt. Akute Erkrankung 27. Februar 1899; am 11. März unter Diagnose akute Hydro-(Pyo-)nephrose in einer beweglichen Niere eingesandt. Zunächst Verbesserung des Allgemeinzustandes. Bestimmte Diagnose nicht möglich zu stellen; Verdacht auf akute Cholecystitis und chronische Appendicitis. 29. März Operation. Ein sehr großer Stein wurde aus dem Ductus cysticus entfernt; Cholecystotomie; Exstirpation des erkrankten Processus vermiformis und Nephropexie in einer und derselben Sitzung. Heilung.

Hansson (Cimbrishamn).

50) **M. B. Schmidt** (Straßburg). Über das Verhältnis der Fettgewebsnekrose zu den Erkrankungen des Pankreas.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 19.)

S. bestätigt die von anderen Forschern durch Thierversuche gemachten Erfahrungen, nach denen die Fettgewebsnekrose auf die direkte Berührung und chemische Einwirkung des Pankreassaftes auf das Bauchfell resp. das subseröse Fettgewebe zurückzuführen ist, durch den bei der Sektion eines zwischen 2 Eisenbahnpuffern am Rumpfe gequetschten und 58 Stunden später gestorbenen Mannes gewonnenen Befund. Das Pankreas zeigte einen senkrecht zur Längsachse gestellten, seine ganze Höhe einnehmenden Riss, durch den auch der Duct. pancreat. vollständig durchtrennt war; überall, wo der Pankreassaft hingedrungen, war das Fettgewebe im Mesenterium des Dünndarmes, großen Netzes, in der Wand der Bursa omentalis und besonders auf der Vorderfläche des Pankreas nekrotisch; die Rissenden des letzteren ließen nur geringe Spuren hämorrhagischer Beschaffenheit erkennen. Bemerkenswerth ist noch, dass aufgetretene Ileuserscheinungen zur Laparotomie des Mannes geführt hatten, ein Darmverschluss indess nicht gefunden wurde; sie waren wahrscheinlich durch Betheiligung des Plexus coeliacus, dessen Fettgewebshülle hämorrhagische Infiltration zeigte, veranlasst.

Kramer (Glogau).

Antwort auf die Gegenbemerkung des Herrn Prof. Dr. A. Hoffa in No. 22 dieses Jahrganges.

Von

***Dr. Hugo Hieronymus Hirsch** in Köln.*

Hoffa will meinen, in No. 17 d. J. erhobenen Anspruch zurückweisen, indem er behauptet, ich habe von einer »eigenen«, gleich »besonderen« Wachsthumsenergie der fötalen Schenkel gesprochen. Diese Behauptung ist hinfällig. In dem Zusammenhang meiner Ausführungen besitzt das Wort »eigen« durchaus nicht den ihm von Hoffa untergeschobenen Sinn, es hebt vielmehr nur den Umstand stärker hervor, dass die Wachsthumsenergie eine Kraft ist, die in dem fötalen Schenkel selber ihren Ursprung hat. Es ist also völlig dasselbe, ob ich sage, die eigene Wachsthumsenergie des fötalen Schenkels führt den Schenkelkopf an der Pfanne vorbei, oder ob Hoffa nachher sagt, der Kopf wächst einfach an seiner Pfanne vorbei. Die Ausführungen des Letzteren weichen nur in einem nebensächlichen Punkte ab (dies noch dazu mit Unrecht: man vgl. Virchow's Archiv Bd. CXLVIII p. 507, wo ich die ja schon alte

Annahme von der Abhebung oder Abdrängung des Schenkelkopfes durch eine forcirte Haltung der fötalen Schenkel bereits widerlegt habe). Die Bemerkung Hoffa's endlich, er sei zu der Vorstellung von dem Vorbeiwachsen des Schenkelkopfes nicht durch mich, sondern »wesentlich durch eigene pathologisch-anatomische Untersuchungen an der Hüftpfanne bei bestehender Luxation« geführt worden, besitzt auch nur einen phraseologischen Werth: die Veränderungen der Hüftpfanne sind Folgezustände der Luxation und haben mit der besonderen Art des intra-uterinen Luxationsmechanismus nichts zu thun: die Bedeutung des Wachsthumsvorganges für diesen ist aus rein mechanischen Erwägungen zu erschließen. — Die mangelhafte Begründung der Hoffa'schen Gegenbemerkung beweist wohl am besten, wie sehr mein Anspruch berechtigt ist.

Zur Hornhautfrage.

Von

Dr. J. Riedinger *in Würzburg.*

Mit welcher Berechtigung Oscar Vulpius in Heidelberg auf p. 608 dieses Centralblattes von der Verkennung der Aufgabe eines Referenten und von einer sachlichen Widerlegung spricht, wird aus den nachfolgenden Zeilen zu entnehmen sein.

1) Es ist für Niemand maßgebend, dass Vulpius einem einfachen Auszug aus der neueren Litteratur mehr als 5 Zeilen widmen würde. Aber es ist nicht einmal richtig, dass das, was nach den ersten 5 Zeilen meines Referates kommt, sich nicht mehr mit dem wesentlichen Inhalt der Blencke'schen Arbeit beschäftigt. Es ist sogar das berührt, was in dieser Arbeit am meisten interessirt. Unrichtig ist ferner, dass der »ganze Rest« einer Seite mit einer Reihe von Angriffen gegen Vulpius gefüllt ist. Ein Angriff meinerseits liegt nicht vor, sondern eine Abwehr gegenüber einer Darstellung, die sich in der Litteratur durch Vulpius' Verschulden breit zu machen beginnt. Die historischen Bemerkungen beschäftigen sich mit Vulpius nicht; was die Anspielung auf das kaum einjährige Alter der Vulpius'schen Veröffentlichung betrifft, so kann sie mich nicht zur Überzeugung bringen, dass eine Unkorrektheit in so kurzer Zeit verjährt.

2) In einem Prioritätsstreit will sich Vulpius nicht einlassen, sondern er begnügt sich mit einer Widerlegung, hat aber mit seiner posterieren Arbeit gar nicht das Recht, eine Priorität für sich in Anspruch zu nehmen. Die Widerlegung besteht nur in einer schärferen Wiederholung dessen, was ich bereits beanstandet habe und nun noch einmal beleuchten muss.

3) Ich habe mit anderen Worten behauptet, dass Vulpius, der von Blencke als der Erfinder der Hornhaut bezeichnet wird, weder die Hornhaut, noch deren Namen erfunden hat, dass die Erfindung nicht unter den Auspicien von Vulpius und nicht in dessen Werkstätte gemacht wurde, obwohl Vulpius das Gegentheil glaublich zu machen sucht, dass ich das Verfahren 6 Monate vor Vulpius und unabhängig von Vulpius, der für mich gar nicht in Betracht kam, veröffentlicht habe, dass Vulpius nur eine spätere Beschreibung geliefert hat, dabei aber so verfahren ist, dass es den Anschein gewinnen musste, als habe ich vom Tische Vulpius unbefugt etwas aufgelesen.

Als nämlich Vulpius auf dem Plan erschien, unterließ er es nicht, mit Nachdruck von seiner Werkstätte zu reden. Mit welchem Effekt dies geschah, beweist die Arbeit von Blencke. Mein Einwand dagegen Blencke gegenüber wird nun von Vulpius mit der Behauptung, die früher nur zwischen den Zeilen stand, zu widerlegen versucht, ich habe die Methode vorzeitig veröffentlicht.

Warum hat denn Vulpius im 261. Bande von Schmidt's Jahrbüchern referirt: »Für abnehmbare Modellverbände hat R. neuerdings auch die Hornhaut mit gutem Erfolge verwerthet (eine Erfindung von Bingler, dem technischen Leiter meiner Anstaltswerkstätte)?« Einmal behauptet also Vulpius, ich habe neuerdings auch das Mittel seiner Werkstätte, die von mir gar nicht erwähnt wurde, benutzt. Ein anderes Mal behauptet er, er habe mit seiner Publikation erheblich länger als ich zurückgehalten. Einmal schiebt Vulpius meine Arbeit unberechtigterweise zu-

rück, ein anderes Mal unberechtigterweise voraus, gerade wie es ihm passend erscheint. Es soll und muss Jedermann zur Ansicht kommen, dass ich unter Verschweigung des Namens Vulpius eine Erfahrung zur Veröffentlichung verwerthet habe, auf welche dieser Anspruch zu erheben hat.

Um die Nebenfunktion, die der Bandagist Bingler in Ludwigshafen in der Vulpius'schen Anstalt in Heidelberg ausübt, braucht sich die Allgemeinheit nicht zu kümmern. In der Vulpius'schen Anstaltswerkstätte hat Bingler die Methode der Präparation der Hornhaut nicht gefunden oder ausgearbeitet, sondern da, wo er ansässig ist, wo er schon vor Vulpius' Zeiten ansässig war und eine orthopädische Werkstätte betrieb, und wo er Verbindungen anknüpfen kann, mit wem er will. Damals, als mir Bingler seine Methode entwickelte, war nie davon die Rede, dass er bei Vulpius eine Stellung inne habe, und mit einem technischen Leiter der Vulpius'schen Anstaltswerkstätte hatte ich nichts zu thun. Bingler hatte die Hornhaut selbst einmal nach Würzburg gebracht und bat mich, die Publikation zu übernehmen. Als diese Bingler nicht frühzeitig genug erschien, schrieb er mir, ich möchte mich beeilen; denn Versuche seien nicht mehr anzustellen, und er habe jetzt auch einigen anderen Herren das Material gegeben. Meine Publikation erschien etwa ein Jahr nach der ersten Unterredung mit Bingler über die Hornhaut. Und nun sagt Vulpius, ich habe zu früh veröffentlicht, er aber habe zuerst gründlichst Erfahrung sammeln müssen. Wenn Vulpius ein halbes Jahr länger gebraucht hat, um ein Urtheil über ein so einfaches Verfahren zu gewinnen, so kam es auf die Erfahrungen, die er noch zu sammeln hatte, gar nicht mehr an. Vulpius hat an der ganzen Methode kein Eigenthum zu beanspruchen, er hat weder etwas verbessert, noch ist irgend etwas auf seine Initiative zurückzuführen. Die Methode war abgeschlossen, als sie Vulpius kennen lernte. Er glaubte jedoch, die Sachlage, wie er sie vorfand, nicht respektiren zu müssen. Hätte Vulpius in erster Linie die Gelegenheit und die Pflicht gehabt, das neue Material zu erproben, so hätte Bingler doch auch nicht an mich schreiben können: Sie waren der Erste, welcher sich während meiner Endversuche das Herstellungsrecht erwarb und zu diesem Zwecke seinen Arbeiter zur Erlernung entsandte.

4) Weiterhin versucht Vulpius eine Ablenkung nach der technischen Seite hin zu bewirken. »Hautleder« steht zwar in meinem Referat, doch das ist nichts weiter als ein Druckfehler.

5) Vulpius' Ansichten von Gerberei entsprechen nicht denen des Gerbers Denn wenn man nicht von Leder sprechen kann, so befindet sich der Fabrikant der Hornhaut, Oscar Wagner in Düsseldorf, in einem bedauerlichen Irrthum. Dieser verkaufte nämlich das Material als »Transparentleder. sog. Hornleder«. Der Hinweis auf eine Phrase der Vulpius'schen Arbeit war überflüssig. »Rohe, besonders hergerichtete Thierhaut« ist eine Definition des Wortes Leder, aber eine schlechte. Damit die Thierhaut zu Leder wird, wird erstere enthaart und dann gebeizt. Enthaarte Thierhaut ist halb gegerbtes Leder. Jedenfalls ist es richtiger, von Leder als von Horn zu sprechen.

6) »Halbleder« ist eine Entstellung. Die historischen Erörterungen bleiben zu Recht bestehen, ohne dass dem Bingler'schen Präparate dadurch eine Beeinträchtigung widerfährt.

Berichtigung. In No. 1 d. J. p. 20 Z. 1 v. u. lies »nach links gedrehte« statt »gedachte« und p. 22 Z. 23 v. o. muss es heißen: »sondern hinter demselben, bis das Coecum an die Leber gelangt«, anstatt »sondern ist hinter demselben bis zum Coecum an die Leber gelangt«.

P. 534 Z. 8 v. u. lies C. v. Bardeleben statt Bardenheuer.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. Sonnabend, den 28. Juli. 1900.

Zur operativen Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur.

Von

Dr. Georg Lotheissen,

Privatdocent und Assistent der Klinik Hacker in Innsbruck.

Bei leichteren Fällen von Dupuytren'scher Fingerkontraktur lassen sich gewiss mit der Massage oder mit der subkutanen Durchschneidung der sich spannenden Stränge nach Adams Besserungen erzielen. Bei höheren Graden der Kontraktur wird man jedoch keine Streckung der Finger erreichen oder Recidive sehen. Bei der Massage entstehen kleine Einrisse in der Fascie, die eben so zu Narbenbildung führen wie die Wunden der subkutanen Durchschneidung, und in diesen Narben entsteht die gleiche entzündliche Schrumpfung wie in der übrigen Palmaraponeurose.

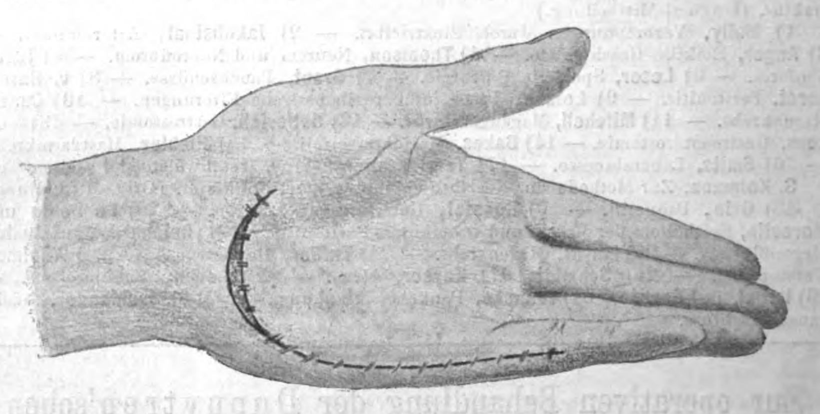
Für solche Fälle sind daher andere Operationsmethoden vorzuziehen. Das bis vor kurzer Zeit fast allein geübte Verfahren von



Busch hat den Nachtheil, dass der Zipfel des Läppchens, das aus der Vola manus gebildet wird, meistens abstirbt, und dass ferner die Narbe über den Sehnen liegt. Ursprünglich wird dabei die Aponeurose nicht exstirpirt, doch kann man das Läppchen bloß aus Haut bilden und die Fascie entfernen; dabei ist die Gefahr der Gangrän noch stärker; ferner kann man auch die Theile der Aponeurose, die bis zu den Phalangen reichen, nicht leicht mitentfernen.

Reeves, Gersuny, Kocher u. A. haben desshalb Längsschnitte direkt über den Strängen gemacht und nun diese sorgfältig exstirpirt. Dabei sind die Resultate besser; doch hat man auch da öfters neuerliche Kontrakturen entstehen sehen, weil die Hautnarbe über die Sehnen fällt und es leicht zu starken Verwachsungen kommt.

Diese Erwägungen veranlassten mich, eine Schnittführung zu suchen, bei der 1) die Narbe nicht über die Sehnen fiele und 2) ein bei der Streckung der Finger etwa entstehender Hautdefekt nicht zu neuer Narbenkontraktur führen könne. Die Dupuytren'sche Kontraktur betrifft den 5. und 4. Finger allein oder



doch hauptsächlich. Um daher diesen Forderungen zu genügen, muss der Schnitt seitlich an einer Stelle geführt werden, die bei Beugung und Streckung im Metacarpo-phalangealgelenke sich nicht viel verschiebt, also am ulnaren Rande über den Ligamenta lateralia. Er muss etwa bis zum 1. Interphalangealgelenke hinabreichen und zieht dann proximalwärts am ulnaren Rande des Antithenar bis etwa zur Höhe des Ligamentum carpi transversum volare, wo er im Bogen zum Thenar hinübergeht. Der dadurch begrenzte volare Lappen wird nun vorsichtig abpräparirt, so zwar, dass man die Palmaraponeurose von der Haut und zugleich von der Unterlage abträgt. Mir ist es dabei auch leicht gelungen, sämmtliche für den 3. Finger bestimmten Theile der Palmaraponeurose mitzuentfernen. Nach der Streckung der Finger resultirt ein kleiner Defekt auf dem Antithenar, wie die Abbildung zeigt, die, beim ersten Verbandwechsel angefertigt, die Hand etwas von der ulnaren Seite gesehen darstellt.

Die Operation wird unter lokaler Anämie nach v. Esmarch gemacht. Wichtig ist es, dass man vor Anlegung der Naht den Schlauch löst und exakte Blutstillung macht, da sowohl durch Bildung eines subkutanen Hämatoms als auch durch Anlegung eines Kompressivverbandes die Ernährung des Hautlappens leiden müsste. Selbst wenn aber eine partielle Gangrän des Lappens einträte, so handelt es sich um eine Randgangrän, die Narbe fällt dann auf den muskulösen Theil, den Antithenar, und die Beweglichkeit der Finger wird dadurch nicht beeinträchtigt. Ich möchte daher das Verfahren zur Nachprüfung empfehlen.

---

1) **Mally.** Étude clinique et expérimentale sur les brulures causées par l'électricité industrielle.

(Revue de chir. 1900. No. 3.)

Die durch den Kontakt von metallischen Elektricitätsleitern mit dem menschlichen Körper bei hochgespanntem Strome zu Stande kommenden Verbrennungen sind von den gewöhnlichen Brandverletzungen wesentlich unterschieden; sie zeichnen sich durch Schmerzlosigkeit, aseptische Beschaffenheit und Trockenheit gegenüber letzteren aus, was in der sehr hohen Temperatur bei geringer Wärmemenge und in der sehr kurzen Dauer der Einwirkung seine Erklärung findet. Der gewöhnliche Sitz der elektrischen Verbrennungen sind die Hand und besonders die Finger, indess auch der Kopf und andere Körpertheile; in der Form verschieden, betreffen sie bald nur die Haut, bald auch die Muskulatur bis zum Knochen (Fingerphalangen) und zeigen schwarze Verfärbung ohne weißlichen Saum. Die Heilung geht im Allgemeinen rasch vor sich und beansprucht nur bei den bis auf den Knochen gehenden Verbrennungen längere Zeit; von der Tiefe der letzteren hängt auch das Endresultat in Bezug auf die Art der Narbenbildung und spätere Funktion ab. Verbrennung bedeckenden Kleiderstoffes komplicirt das Bild mit dem einer gewöhnlichen Brandverletzung und ändert dadurch auch den Heilungsverlauf. Rascher Tod durch Synkope ist oft beobachtet; andererseits bleiben auch bei den davonkommenden Verletzten nicht selten schwere nervöse Störungen und atrophische Zustände an den Muskeln zurück.

Kramer (Glogau).

2) **H. Jakobsthal.** Zur Histologie der Arteriennaht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. p. 199.)

Verf. hat die Präparate, welche Dörfler bei seinen Thierversuchen über Arteriennaht (vgl. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV) gewonnen hatte, einer histologischen Untersuchung unterworfen, außerdem, um das Schicksal der in die Lichtung der Gefäße hereinragenden Fadenschlingen genauer verfolgen zu können, selbst bei Kaninchen Seidenfäden durch die Wand von Arterien gelegt und letztere nach 2—34 Tagen untersucht.

Danach stellt sich der Verlauf der Arterienwundheilung der Art dar, dass zunächst der Wundspalt durch Blutmassen und Fibrin erfüllt wird; In der Lichtung bilden sich um den Faden und auf der Innenfläche der Gefäßwand spärliche Auflagerungen. Dann entwickelt sich, und zwar schon in den ersten Tagen, eine Endothelwucherung, welche den Fremdkörper überzieht und definitiv von der Lichtung abschließt. Es folgt eine intensive Bindegewebs- und Gefäßneubildung in der Adventitia, eine geringere auch in der Media, welche in die Gerinnselmassen eindringt und sie gleichsam organisirt. Allmählich wandelt sich diese erst sehr zellreiche Neubildung in ein Bindegewebe um, das in Media und Adventitia hauptsächlich kollagen, in der Intima von reichlichem elastischem Gewebe durchsetzt ist. Eine Neubildung von Muskelfasern wurde nicht beobachtet.

Honsell (Tübingen).

---

3) **Th. Anger.** Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes. Rapp. le Dentu.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 9.)

Neben der Kompression, der Ignipunktur, der Elektrolyse und der Excision beansprucht die Behandlung der Angiome mittels Gerinnung erzeugender Einspritzungen große Beachtung, wo es sich um Geschwülste des Gesichts handelt. Indem A. seiner Eisenchloridlösung (15 %) etwa 5 % Chlorzink zusetzt, erreicht er feste Gerinnselbildung, die der bloßen Resorption nicht anheimfällt. Die Technik erfordert besondere Vorsicht zur Vermeidung von Embolie. Je nach der Größe des Objekts werden 2 bis 40 Tropfen in die Randzone gespritzt. — Die Zahl der Sitzungen ist verhältnismäßig gering, die Zwischenpausen können recht groß sein. Der Erfolg ist in nahezu 40 Fällen sicher erprobt. **Christel** (Metz).

---

4) **A. Thomson.** On neuroma and neuro-fibromatosis.

Edinburg, **Turnbull & Spears,** 1900. 163 S. 20 Tafeln.

Diese von großem Fleiß und tiefem Durchdringen des behandelten Stoffes zeugende Arbeit bringt in der Hauptsache Alles, was über die verschiedenen vom Nerven ausgehenden Geschwulstbildungen bekannt ist, und bereichert die Kasuistik um 15 selbstbeobachtete Fälle. Verf. theilt die Neurome folgendermaßen ein:

I. Wahre Neurome: Neuroma verum ganglio-cellulare;
  a. myelinicum,
  b. amyelinicum.

II. Falsche Neurome:

1) Umschriebene oder solitäre Geschwülste, die vom Bindegewebe der Nervenstämme oder von den ganglionären Verbreiterungen derselben ausgehen.

a. Gutartige: Fibrome, Myxome etc. Cysten, durch Erweichung solider Geschwülste (Myxome) entstanden. (Hierher gehört auch der klinische Typus der schmerzhaften subkutanen Knötchen.)

b. Bösartige: Sarkome (spindelzellige, Fibro-, Myxosarkome); Cysten, die durch Erweichung von Sarkomen entstehen.

2) Diffuse Wucherungen der Bindegewebsscheiden der Nerven und ihrer ganglionären Anschwellungen. Neuro-fibromatosis.

a. Diffuse und allgemeine Fibromatose der Nervenstämme (»multiple Neurome«).

b. Plexiforme Neurofibrome.

c. Neurofibromata cutanea (Molluscum fibrosum).

d. Elephantiasis neuromatosa (Pachydermatocele).

e. Pigmentmäler nervösen Ursprungs.

f. »Sekundäre bösartige Neurome«, d. h. sarkomatöse Entartung einer der Formen sub a.—e.

g. Verschiedene Kombinationen der genannten Formen.

3) Traumatische oder Amputationsneurome.

4) Nervenanschwellungen bei Lepra, Syphilis, Tuberkulose.

Jede dieser Geschwulstformen erfährt in einem besonderen Kapitel eine sorgfältige Besprechung, illustrirt durch ausgewählte Krankengeschichten aus der Litteratur oder eigene lehrreiche Beobachtungen so wie durch vorzügliche Reproduktionen von Makro- und Mikrophotogrammen. Auf die inhaltreiche Arbeit, die mit einem Litteraturverzeichnis von 90 Nummern abschließt, näher einzugehen, würde den Rahmen eines Referates weit überschreiten. Jeder Bearbeiter des gleichen Themas wird dieselbe eingehend studiren müssen. Die Ausstattung des Werkes ist eine glänzende zu nennen. Auffallend ist, dass die deutsche Arbeiten im Litteraturverzeichnis ohne ersichtlichen Grund bald deutsch, bald englisch citirt werden.

R. v. Hippel (Dresden).

---

5) **E. Tavel.** Bakteriologisches und Klinisches über Vioform.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 557.)

Das »Vioform« getaufte Jodchloroxychinolin, vor Kurzem von der Baseler chemischen Fabrik dargestellt, scheint T. auf Grund der mit ihm angestellten Versuche »wirklich das beste Ersatzmittel für Jodoform zu sein; und zwar wirkt es bei nicht tuberkulösen Wunden noch besser als Jodoform und ist ihm bei tuberkulösen Processen, nach unseren klinischen Versuchen zu schließen, wenigstens ebenbürtig«. Die als Belege für dieses weit gehende Lob dienenden guten Resultate der Laboratoriumsversuche und der klinischen Prüfungen mögen im Original nachgesehen werden. Das Pulver ist geruchlos und beständig, es bildet mit Flüssigkeiten einen gut benutzbaren Brei. Auch in der oto-, rhino-, laryngologischen Praxis hat es sich gut bewährt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven.)

---

6) **E. Leser.** Die specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Ärzte und Studirende. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

Jena, **Gustav Fischer,** 1900. 1092 S.

Die Vorzüge des L.'schen Lehrbuches sind in diesem Blatte bereits wiederholt anerkannt worden. Die Eintheilung des Materials hat in der neuen Auflage insofern eine Änderung erfahren, als dasselbe nunmehr in 60 statt in 50 Vorlesungen zur Darstellung gekommen ist, wodurch die bisher oft ungleiche Länge der einzelnen Vorlesungen möglichst ausgeglichen werden konnte. Auch in dieser Auflage ist Verf. bemüht gewesen, bei Bearbeitung der einzelnen Kapitel den Fortschritten der Wissenschaft zu folgen. Insbesondere ist das Verständnis der Knochenverkrümmungen und Knochenverletzungen durch Einschaltung von Röntgenbildern erleichtert worden.

Es muss indessen bemerkt werden, dass einige dieser Röntgenbilder noch zu undeutlich sind, um als passende Demonstrationsobjekte gelten zu können, und dass auch einige andere Abbildungen im L.'schen Buche noch zu wünschen übrig lassen. Die Abbildungen 2, 19, 129, vor Allem aber Abbildung 240, welche sehr unschön ist und zudem nicht einmal zeigt, was sie zeigen soll, sollten in der nächsten Auflage durch bessere ersetzt werden.

Diese geringfügigen Ausstellungen vermögen indessen den Werth des L.'schen Buches im Ganzen nicht zu beeinträchtigen. Letzteres wird namentlich für den Studirenden auch fürderhin das bevorzugte Lehrbuch der speciellen Chirurgie bleiben, weil der Stoff den Bedürfnissen desselben am besten angepasst ist, und die Darstellung überall eine außerordentlich prägnante, klar verständliche ist. Sicherlich wird sich desshalb auch die vorliegende vierte Auflage neue Freunde erwerben. **v. Büngner** (Hanau).

---

7) **Grant** (Louisville). Treatment of gunshot wounds of the abdomen: some new Statistics.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900.)

Verf. beschäftigt sich eingehend mit der Frage der primären Operation bei Bauchschüssen und legt seinen Ausführungen die in mehreren Statistiken aus dem letzten spanisch-amerikanischen Kriege gemachten Erfahrungen zu Grunde. Nach einer Statistik von Klemm über 152 nicht operirte Fälle mit penetrirenden Wunden gingen Alle, die nicht aus sofortigen Gründen starben, an Sepsis und Späteiterung zu Grunde. Nach ihm sollen überhaupt alle nicht behandelten penetrirenden Verletzungen an Hämorrhagie, Peritonitis oder Sepsis sterben. Einige günstige Fälle möchten vorkommen, in denen das Geschoss einen abnorm günstigen Weg nimmt, nach dem Ergebnis der Statistiken seien dies aber nur etwa 6% auf 400 Fälle.

Ein Vergleich der Berichte verschiedener zuverlässiger Operateure ergebe nach Dr. Parker: Sterblichkeit nach Operationen in

den ersten 7 Stunden nach der Verletzung 52% gegenüber 64% bei Operationen in allen Stadien. Auf 16 Operationen, in denen keine intraperitoneale Verletzung gefunden wurde, starben 3: einer an übersehener Perforation, 2 an Peritonitis durch inficirte Blutklümpchen, eine Komplikation, auf die namentlich Klemm sehr großen Werth legt. Kein Todesfall fiel der Operation zur Last. In über 100 Fällen, die erst 24 Stunden nach der Verletzung operirt wurden, war der Eingriff stets wirkungslos.

Verf. giebt seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass, obschon nach dem übereinstimmenden Urtheil der meisten Operateure keine zuverlässigen Zeichen der Perforation oder der tödlichen Verletzung während der zur Operation günstigen Zeit vorhanden sind, in geschätzten medicinischen Büchern und Zeitungen sich Angaben fänden, dass eine beträchtliche Zahl unbehandelter Schusswunden des Bauches heile und deswegen der operative Eingriff bis zum Auftreten deutlicher Perforationssymptome verschoben werden solle.

Zur Klärung dieser Frage sandte Verf. an 100 hervorragende amerikanische Chirurgen eine Umfrage über die durch die Operation erzielten Resultate und einige wichtige dabei gemachte Erfahrungen. Das Resultat waren 253 operirte Fälle mit einer Gesammtsterblichkeit von 52%. Dabei ergaben sich noch folgende wichtige Befunde:

In 21 Fällen wurde weder Perforation noch nennenswerthe Blutung gefunden; in 28 von den 133 tödlichen Fällen fand sich bei der Sektion unverschlossene, nicht gefundene Perforation und Verblutung. Von den geheilten Fällen hatten 11 bei der Operation deutliche Peritonitis gezeigt, bei 6—8 waren Spuren davon vorhanden; man könne demnach erwarten, dass ungefähr 5% mit Peritonitis durch die Laparotomie heilen. 3 erfahrene Chirurgen gestehen zu, dass durch die Operation geschadet werden könne, indem bei nicht gefundenen Perforationen etc. der Chok der Operation tödlich wirke, und ferner, dass verlöthete Perforationen erst durch die Operation aufgerissen wurden. Verf. nimmt aber an, dass das gerade die von Klemm verzeichneten Fälle seien, die sekundär an Sepsis und Abscessen stürben, und schließt auch die ersteren von der Berechnung aus, weil solche Fälle in jedem Falle stürben. Demnach sei in keinem Falle dem operativen Eingriff ein ungünstiger Ausgang zur Last zu legen. In einer Tabelle von 108 Fällen stellt Verf. 67 operativen Heilungen nur 41 Todesfälle gegenüber, ein Resultat, wie es die eingeklemmten Brüche vor 50 Jahren gehabt hätten. Seit man bei diesen die konservative Behandlung verlassen habe, seien sie in ihrem Sterblichkeitsverhältnis von 50% auf jetzt weniger als 1% gesunken. Eben so klar sei die Indikationsstellung bei den Schussverletzungen des Bauches. Diese Überzeugung müsse Gemeingut aller Praktiker werden. Zu warten, bis sichere Zeichen von Peritonitis vorlägen, sei fast ein Verbrechen. Die entsprechende Behandlung einer penetrirenden verdächtigen Wunde sei ebenso Pflicht, wie die Versorgung einer blutenden Arterie.

(Mit diesem operativen Enthusiasmus stimmen sehr wenig die Erfahrungen, die von unseren Chirurgen aus dem südafrikanischen Kriege in der letzten Zeit publicirt wurden. Danach scheint ganz im Gegentheil das Resultat einer konservativen und abwartenden Behandlung, selbst bei Schüssen, die sicher den Darm verletzt haben, ein meist günstiges zu sein, während die Operation in der Regel den Tod zur Folge hat. [Vgl. Briefe von Dr. Küttner und Dr. Hildebrand.] Das Kaliber des Geschosses wird wohl bei Beurtheilung dieser Frage wesentlich in die Wagschale fallen. Vielleicht erklären sich daraus die Unterschiede in den Erfahrungen der beiden letzten Kriege. Ref.)

Heddäus (Trier).

---

8) **H. v. Burckhardt.** Über akute fortschreitende Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 338.)

v. B. wünscht den Krankheitsbegriff der »fortschreitenden« Peritonitis, wie er von v. Mikulicz zunächst für die fibrinös-eitrige Form dieser Krankheit in Gebrauch gebracht worden, auch auf die jauchig-eitrigen oder serös-eitrigen Erkrankungsarten auszudehnen. Eine diffuse oder allgemeine Peritonitis als eigene Krankheitsspecies aufzustellen, hat wenig Werth, da jede Peritonitis zunächst als eine lokale beginnt und erst eben durch Fortschreiten zu einer allgemeinen wird. Wichtiger und praktisch werthvoller ist eine Gruppirung in Krankheitsformen je nach der anatomisch-ätiologischen Ursache für die Peritonitis. v. B. schlägt hierfür folgende Eintheilung vor. 1) Infektion des Bauchfelles durch Einbruch infektiösen Materials in den bis dahin gesunden Peritonealsack von einem subperitoneal gelegenen Entzündungsherd aus, ehe die Umgebung durch Verwachsung abgeschlossen ist. 2) Durchbruch eines intraperitoneal gelegenen, aber bisher abgekapselten Entzündungsherdes in die intakte Bauchhöhle. 3) Infektion des Bauchfelles auf dem Wege der Lymphbahnen von einem extra- oder intraperitonealen Entzündungsherde aus. 4) Infektion auf mechanischem Wege durch traumatische oder operative Eröffnung des Bauches. Praktisch-klinisch ist die möglichste Feststellung des primären Herdes stets von Wichtigkeit. Der Krankheitsbeginn pflegt sich bei den beiden ersten Erkrankungsarten — also bei den perforativen Peritonitiden — durch akuten heftigen Anfall von Schmerzen zu verkünden, deren Lokalisirung übrigens nicht immer dem Sitze des Durchbruchs exakt entspricht; auch bei der dritten Form ist ein akuter Beginn mit einem heftigen Schmerzanfalle nicht ausgeschlossen. Der Leib kann trotz nun fortschreitender Entzündung in den ersten Tagen flach, wenn auch gespannt bleiben; das Weitergehen der Krankheit kennzeichnet sich indess bei gleichzeitiger Temperaturerhöhung namentlich durch Weiterausdehnung des druckempfindlichen Bezirkes. Ferner ist Stuhl- und Windverhaltung charakteristisch, so dass häufige und laute Darmgeräusche gegen die Diagnose Peritonitis sprechen. Der Puls ist von sehr

wechselnder, daher diagnostisch wenig verwerthbarer Beschaffenheit, dagegen bei bedenklicher Krankheitsverschlimmerung der bekannte ominöse »abdominelle« Habitus des Gesichtsausdruckes ein typisches Krankheitszeichen, auf das sehr zu achten ist. Therapeutisch ist unter allen Umständen die Operation frühzeitig zu fordern, ehe die beunruhigenden Schulsymptome der Peritonitis zur Entwicklung gekommen sind, also bevor die Krankheit zu ihrer diffusen oder allgemeinen Ausbreitung fortgeschritten ist. Zwar kann ja in solchen Fällen eine spontane Begrenzung der Krankheit eintreten, indess steht die Gefahr des Zuwartens in keinem Verhältnis zur Gefahr des Eingriffes.

Gute Belege für die Leistungsfähigkeit der operativen Therapie auch bei schlimmen Fällen bilden die 11 Krankengeschichten der von v. B. in den letzten Jahren durchgebrachten Peritonitisfälle, die innerhalb 24 bis 36 Stunden nach Beginn der Erkrankung zur Operation gekommen sind. Die Fälle 1—8 sind epityphlitischen Ursprunges, Fall 9 war durch Cholecystitis calculosa perforativa entstanden, Fall 10 durch Gangrän einer Dünndarminvagination, Fall 11 durch Abscedirung eines Uterusmyomes. Während in den letzten Fällen die einmalige Laparotomie zur Coupirung der Peritonitis ausreichte, bedurften die epityphlitischen Fälle meist mehrerer und zu verschiedenen Zeiten ausgeführter Bauchschnitte: außer der typischen Incision in der Blinddarmgegend Schnitte über dem linken Poupart'schen Bande oder eines solchen in der Mittellinie, wiederholt auch in der rechten Lendengegend zur Entleerung subphrenischer Eiteransammlungen, sowie Incisionen des Douglas vom Mastdarm aus wegen dort abgesackter Abscesse. Während der Operation kamen oft reichliche Salzwasserspülungen der Bauchhöhle, nach derselben Salzwasserinfusionen, so wie Kampherdarreichung in Gebrauch. Zur Drainage dienten neben Gazetamponade häufig Hegar'sche Glasröhren.

(Wir weisen noch besonders auf das kasuistische Interesse von Fall 9 und 10 hin. In letzterem wurden 110 cm Dünndarm bei einer Länge der Invaginationsgeschwulst von 50 cm resecirt, die Darmstümpfe mit Murphyknopf vereinigt.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

9) **E. Loison.** Des suppurations intra- et périhépatiques d'origine typhlo-appendiculaire.

(Revue de chir. 1900. No. 4.)

L., welcher zunächst über einen von ihm durch Operation zur Heilung gebrachten Fall von Leberabscess bei einer gleichfalls operativ behandelten eitrigen Appendicitis berichtet, bespricht in der Arbeit eingehend die Wege, auf denen in Folge von letzterer Krankheit Eiterungen in der Leber und in deren Umgebung zu Stande kommen, und sucht das relativ seltene Auftreten dieser Komplikationen, abweichend von den bisher darüber aufgestellten Hypothesen, mit der

Annahme zu erklären, dass zu ihrer Entwicklung eine große Menge virulenter, die Leberzellen und Leukocyten zum Absterben bringender Mikroben nothwendig sei. Von letzteren waren in L.'s Falle eine enorme Quantität und in mannigfaltigsten Arten (aërobe und anaërobe) vorhanden. Im Übrigen verdient nur noch Erwähnung, dass Verf. die Diagnose des Leberabscesses, wie in anderen 4 Fällen von solchen dysenterischen Ursprunges, durch die Radioskopie (Verdrängung der rechten Zwerchfellhälfte nach oben, fast vollständige Immobilisirung derselben, Obliteration des Sinus costo-diaphragmaticus) wahrscheinlich machen konnte. **Kramer** (Glogau).

---

10) **B. Cunéo.** Note sur quelques points de l'anatomie pathologique du cancer de l'estomac.

(Revue de chir. 1900. No. 4.)

Bei seinen Studien über das Verhalten des Lymphsystems des Magens beim Krebs des letzteren und besonders dem des Pylorus konnte sich C. davon überzeugen, dass sehr frühzeitig und in großer Ausdehnung die Submucosa erkrankt, das Carcinom große Neigung hat, sich besonders nach der kleinen Curvatur hin zu entwickeln, entsprechend der Richtung des Lymphsystems und der Lage der Lymphgefäßstämme und Lymphdrüsen, und das Duodenum zumeist nicht von dem Krebs ergriffen wird. C. zieht daraus die Lehre, dass man die Ausschneidung des Carcinoms mindestens 3 cm von seiner Peripherie entfernt vornehmen, an der kleinen Curvatur sich dabei nach links von den Coronargefäßen und den mit ihnen verlaufenden Lymphstämmen halten und vom Duodenum kaum mehr als 2—3 cm wegnehmen soll. Außerdem aber hält er es für erforderlich, Angesichts dessen, dass die Lymphdrüsen in 84,6 % der Fälle erkranken, stets auch diese, und zwar im Ganzen, mit der möglichst ausgedehnt zu resecirenden kleinen Curvatur — nach vorheriger Unterbindung des Coronargefäßstieles — und in der Regio subpylorica mit einem Theile des Lig. gastro-colicum zu entfernen. Wo auch die hinter dem Pylorus gelegenen exstirpirt werden müssen, kann die vorherige Unterbindung der Art. gastro-duodenalis zweckmäßig sein. **Kramer** (Glogau).

---

11) **A. B. Mitchell.** A contribution to the surgery of perforated gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1900. März 10.)

Verf. giebt eine Übersicht über 14 Fälle von perforirendem Magengeschwür, welche in Ulster von verschiedenen Chirurgen operirt worden sind. 7 der Kranken genasen. Im Anschlusse an diese Fälle bespricht M. mehrere Punkte der Diagnose, Operation und Nachbehandlung.

Die wichtigsten Symptome der stattgehabten Perforation des Magenschwürs sind Schmerzen, Chok, Erbrechen, Fehlen der Leber-

dämpfung und die Periode der Ruhe, nachdem die Erscheinungen anfänglich stürmisch eingesetzt haben.

Der Sitz des Schmerzes ist nicht immer das Epigastrium, er kann zuerst in der Gallenblasengegend oder auch in der rechten Fossa iliaca auftreten und so zu Täuschungen über den Sitz der Läsion Anlass geben. In einem der angeführten Fälle war der primäre Schmerz am deutlichsten in der linken Schlüsselbeingegend ausgesprochen.

Bei dem Chok spielen 2 Dinge eine Rolle: 1) die Einwirkung des ausgetretenen Mageninhalts auf die großen sympathischen Ganglien und das Bauchfell. 2) Die Anwesenheit von Gas in der Bauchhöhle. 2mal machte Verf. die Beobachtung, dass sofort nach der Incision der Bauchhöhle, bei welcher Gas entwich, der Puls kräftiger, bedeutend weniger frequent und regelmäßig wurde. Verf. fordert zu weiteren Beobachtungen in dieser Richtung auf und glaubt, dass damit vielleicht ein Weg gegeben sei, den Pat. über den primären Chok hinwegzuhelfen, indem man zunächst unter Cocainanästhesie eine kleine Incision in die Bauchhöhle macht und so dem eingeschlossenen Gas Austritt verschafft, die definitive Operation aber verschiebt, bis die Kranken sich etwas erholt haben. In 2 Fällen, bei denen dieser Weg eingeschlagen wurde, führte derselbe allerdings nicht zum Ziele.

Erbrechen war unter den 14 Fällen 8mal vorhanden, 2mal war dem Erbrochenen Blut beigemischt. Die Meinungen über die Häufigkeit dieses Symptoms gehen weit aus einander, es ist also in der Beurtheilung desselben Vorsicht geboten.

Das Fehlen der Leberdämpfung ist von der größten Wichtigkeit, wenn es mit anderen Symptomen kombinirt ist. Es kann auch bei anderen Zuständen vorhanden sein, z. B. bei starker Gastrektasie, aber auch bei starken Verwachsungen trotz stattgehabter Perforation eines Magengeschwürs fehlen.

Der Periode der Ruhe ist die größte Beachtung zu schenken; sie ist fast bei allen Fällen deutlich ausgesprochen. Die Schmerzen, die Spannung der Bauchmuskulatur lassen nach, und Pat. fühlt sich bedeutend wohler. Namentlich bei Darreichung von Narkoticis ist der Zustand ausgesprochen, er findet sich aber auch da, wo dieselben nicht zur Anwendung gelangt sind. Man darf sich durch diese Besserung im subjektiven Befinden des Kranken nicht täuschen lassen, namentlich desshalb weil in diesem Stadium der operative Eingriff die meiste Aussicht auf Erfolg bietet.

Je früher die Operation gemacht wird, desto eher ist Heilung zu erwarten. Wartet man länger als 12 Stunden, so ist die Wahrscheinlichkeit der Wiederherstellung um die Hälfte geringer, als wenn der Eingriff innerhalb der ersten 12 Stunden stattfindet.

Bezüglich der Operation selbst bemerkt Verf., dass es gar nicht immer so leicht ist, die Perforation zu finden, wie das manchmal geschildert wird, und die Anlage der Nähte stößt manchmal auch

auf große Schwierigkeiten, da sie am Grunde einer tiefen Höhle erfolgen muss. Eine absolute Reinigung der Bauchhöhle ist weder durch Tupfen noch durch Spülen zu erreichen; man muss sich auf die Widerstandsfähigkeit des Bauchfells verlassen. Dass eine der Methoden einen sonderlichen Vorzug vor der anderen verdient, glaubt Verf. kaum.

Die Nachbehandlung hat sich vor Allem gegen den drohenden Chok zu richten. Hochlagern der Extremitäten, Analeptica sind hier indicirt. Das größte Gewicht ist auf die möglichst schnelle Ausführung der Operation zu legen. Das Streben, Asepsis zu erzielen, darf dieselbe nicht übermäßig ausdehnen. In 3 Fällen trat eine hochgradige Auftreibung der Därme ein, so dass in einem Falle am 3. Tage ein Laxans gegeben werden musste. Von den sonstigen Komplikationen ist erwähnenswerth 1mal die Perforation eines zweiten Magengeschwürs, 1mal das Einsetzen eines Darmverschlusses, verursacht durch eine peritonitische Verwachsung. Beide Fälle verliefen tödlich.

Weiss (Düsseldorf).

---

12) **Helferich.** Die Gastrostomie als Hilfsoperation vor den Operationen am Pharynx und Ösophagus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 410.)

Eine ganz kurze Empfehlung der Operation im Sinne des Arbeitstitels. Die Beschreibung der Technik lautet: »Nur kleine Öffnung in der Bauchwand, Hervorziehen eines Zipfels der vorderen Magenwand, Vernähung desselben mit dem Peritoneum parietale, Anlegung einer kleinen Öffnung auf der Spitze des vorliegenden Magenzipfels, so dass ein Katheter eben einzuführen ist, und einstülpende Nähte am Magen, zuletzt Vereinigung der Bauchwand um das liegenbleibende Gummirohr.« Der Kranke kann sofort durch das liegenbleibende Gummirohr ernährt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven.)

---

13) **W. Merkens.** Über die Anwendung des Murphyknopfes bei der Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 376.)

Im Krankenhause Berlin-Moabit und in seiner Privatpraxis hat Sonnenburg seit 3 Jahren bei der Gastroenterostomie regelmäßig den Murphyknopf angewendet, im Ganzen 25mal, ausschließlich zwei Pylorusresektionen. Empfohlen werden die von Windler fabricirten Knöpfe. Im Magen bez. Darme wird eine kleine, eben zur Knopfeinführung genügende Öffnung gemacht, die dann durch 1—3 Katgutknopfnähte verkleinert wird. Sollte sich noch nach Zusammenschieben der Knopfhälften irgend wo Schleimhaut vorstülpen, so können noch wenige Serosanähte nöthig werden. Aufhängen der Darmschenkel am Magen unterbleibt als unnöthig. Von den Operirten starben einige, ohne dass der Methode die Schuld beizumessen war. 2mal aber hatte der Knopf nicht genügend gehalten, oder sich die Ver-

bindung seiner Hälften gelockert, wodurch Klaffen der Anastomosenöffnung, Austritt von Mageninhalt bez. Blutung und der Tod herbeigeführt war. Wiederholt fiel der Knopf in den Magen ohne üble Folgen. — M. lobt die Knöpfe auch bei der Cholecystenterostomie, sowie bei schwierigen Appendicitisoperationen. (Vgl. auch d. Bl. laufender Jahrgang p. 276.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

14) J. Bakes. Operative Therapie des Mastdarmvorfalles.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 325.)

B. liefert eine Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden des Mastdarmvorfalles, wobei er eine Anzahl Operationsgeschichten einschlägiger Fälle aus der Albert'schen Klinik in Wien einflicht. 1) Mit Kauterisation sind 2 Fälle behandelt; der zweite wurde recidiv und erforderte nachträglich noch eine Resektion. 2) Afterverengung durch keilförmige Hautexcisionen. 2 Fälle geheilt. 3) Elastische Ligatur über einem eingeführten Hartgummirohr. 3 Fälle, 2 geheilt, 1 gestorben an Peritonitis, vom Durchschneiden der Ligatur ausgegangen. Die Dittel'sche Methode der Ligatur der Längsfalten des Vorfalles wurde einmal mit Erfolg angewandt. 4) Die Resektion nach Mikulicz wurde 3mal mit Ausgang in Heilung gemacht, 1mal aber von Recidiv gefolgt, welches dann mit Colopexie behandelt ist. 5) Colopexie, d. h. Fixirung des Colon sigmoideum in eine Laparotomiewunde, ist 3mal mit Erfolg ausgeführt. Ein Nachtrag bringt noch 2 Fälle, der erste mit Rektopexis behandelt, Fixirung des reponirten Mastdarmes in der Kreuzbeinaushöhlung, der zweite nach Mikulicz resecirt, doch unter temporärer Ligatur über einem Hartgummirohr. Beide Fälle sind geheilt.

B. gesteht zum Schlusse, dass keine der vorhandenen Operationsmethoden von völlig zuverlässiger Wirkung ist. Namentlich bei allgemeiner Organoptose ist jede Therapie unsicher.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) J. Pichler. Zur Statistik und operativen Behandlung der Rectumcarcinome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Verf. macht die in der chirurgischen Thätigkeit v. Hochenegg's behandelten Fälle von Mastdarmcarcinom zum Gegenstand einer eingehenden Besprechung bezüglich der Operationsmethode und der erzielten Erfolge. Die Arbeit hat einen um so größeren Werth, als sie das von einem einzigen Chirurgen behandelte Material wiedergiebt, welches in einer großen Zahl von Jahren nach derselben Methode, nämlich der sacralen, in konsequentester Weise operirt wurde. v. Hochenegg stellt wie bekannt die sacrale Methode allen übrigen, besonders der hier in Betracht kommenden perinealen Methode voran. P. sucht die Berechtigung dafür ziffernmäßig zu erweisen, indem er

aus der Statistik einer Reihe von Kliniken nachweist, dass zum allermindesten der Sterblichkeit nach die Methode der Kreuzbeinresektion keine schlechteren Resultate ergiebt, wie die perineale. Dabei bleibt noch zu berücksichtigen, dass bei der erstgenannten ganz unwillkürlich die Grenzen der Operabilität weiter gezogen werden können. v. Hochenegg hat wohl die größte Statistik eigens ausgeführter sacraler Mastdarmresektionen. Er verfügt über 119 Fälle. In der Indikationsstellung ist er ziemlich weitgehend. Das beweist am besten ein Fall, bei dem von anderen die Operation abgelehnt wurde. Wie sehr aber gerade der Standpunkt v. Hochenegg's berechtigt ist, beweist der Umstand, dass jener Patient noch nach $6\frac{1}{2}$ Jahren heute recidivfrei lebt und sich völliger Gesundheit erfreut. Fixation im Becken ist eine Kontraindikation für die Operation, nicht aber die Unmöglichkeit, die obere Grenze der Mastdarmgeschwulst zu erreichen, wie das andere Chirurgen angeben. Denn der letztere Umstand hängt meist von der Durchgängigkeit der Striktur ab, welche mit der Frage der Operabilität nichts zu thun hat.

Bezüglich der Einzelheiten der Operationsmethode ist Hochenegg bei seinen früheren Angaben stehen geblieben; nur sägt er jetzt das vom Kreuzbein abzutrennende Stück in einem nach oben konvexen Bogen ab. Dadurch werden die Ansatzstellen der beiden Ligamenta tuberoso-sacra am Knochen erhalten und den Patienten häufiger auftretende Schmerzen beim Gehen und Stehen erspart. Die Eröffnung des Bauchfells wird in jedem Falle von vorn herein in Aussicht genommen, später aber die Bauchhöhle durch Naht jedesmal wieder abgeschlossen. Ist die Analportion miterkrankt, so wird sie exstirpirt und der Darm im After befestigt. Gelingt dies nicht, wie das häufig der Fall, so wird ein Anus praeternaturalis sacralis angelegt und durch eine Pelotte verschlossen gehalten. Die Witzel'sche Durchführung des Darmendes durch den Glutaeus maximus und die Gersuny'sche Drehung des Darmes hat v. Hochenegg wegen entstandener Unannehmlichkeiten aufgegeben. Im Übrigen hat er bei höherem Sitze des Carcinoms das obere Ende durch das anale Stück durchgezogen, nach seiner bekannten Methode dort eingenäht oder, wenn dies nicht gelang, die circuläre Darmnaht in der Wunde angelegt. Entstand hierbei ein Anus praeternaturalis, so ward wiederum die Pelotte angewendet oder durch eine Plastik der sekundäre Verschluss angelegt.

Von den 119 Operirten starben nach dem Eingriff 10, d. i. 8,4 %. Nach Abzug jedoch einiger Patt., welche an Apoplexie, Magenduodenalblutung u. dergl. Ursachen zu Grunde gingen, kann Verf. die Sterblichkeitsziffer mit vollem Rechte auf 5,04 % reduciren — eine für die große Operation sehr geringe Sterblichkeit. Was nun die Dauerresultate anlangt, so ist zu bemerken, dass nie ein lokales Recidiv auftrat, sondern dass sich die Metastasen immer im periproktalen Zellgewebe entwickelten. Sie traten oft auch noch nach 3 Jahren auf, welche Zeit man im Allgemeinen als die kritische ansieht. Die

durchschnittliche Lebensdauer aller Operirten betrug 21,4 Monate. Von 67 Fällen, welche Nachricht gaben oder nicht an interkurrenten Krankheiten gestorben waren, lebten 29 = 43,3 % über 3 Jahre. Eine nicht unbeträchtliche Zahl der Operirten wurde mit widernatürlichem After geheilt. Aber eine große Zahl besaß völlige Kontinenz, so dass ihre Stuhlentleerungen durchaus wie die normaler Menschen erfolgten.

Auch diejenigen Kranken, welche keinen Dauererfolg erlebten, waren wenigstens psychisch erfrischt von der Hoffnung auf Genesung, und ihre späteren Qualen waren wesentlich geringer wie die unoperirt Gestorbener. Da Maydl selbst für die Kolostomie eine Sterblichkeit von 52 % berechnet, hält Verf. es für völlig berechtigt, dieser die sacrale Mastdarmexstirpation vorzuziehen.

Die ausgezeichneten Erfolge v. Hochenegg's geben dem Verf. Ursache, gegen die in die Litteratur übergegangene und dort oft wiederholte Angabe zu polemisiren, dass die Mortalität von dessen Mastdarmoperationen 20 % betrage. Er weist nach, dass dies auf einem Irrthum bei der Lektüre einer Arbeit aus der v. Hochenegg-schen Klinik beruhe. Es soll desshalb auch hier nochmals betont werden, dass diese Sterblichkeit rund 5 % beträgt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Joseph Smits.** Zur Chirurgie des Leberabscesses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Verf. hatte während eines achtjährigen Aufenthaltes in Niederländisch-Ostindien Gelegenheit, die für unsere Verhältnisse recht große Zahl von 22 Leberabscessen zu beobachten. Dieses reiche Material hat ihn veranlasst, seine Erfahrungen zu beschreiben und auf das Genaueste die klinischen Erscheinungen dieser interessanten Krankheit zu schildern. Er thut dies, indem er der Reihe nach die einzelnen Symptome aufführt und sie besonders in Rücksicht auf ihren Werth für die diagnostische Erkenntnis kritisirt. Obenan steht das recht vielgestaltige Fieber, der Schmerz, die Leberschwellung, daneben werden aber auch die zum Theil weniger prägnanten, aber doch das Bild vervollständigenden Zeichen behandelt, welche auf perkutorischem Wege oder durch Palpation und Inspektion zu gewinnen sind. Hervorheben möchte ich nur, dass Verf. den Ort eines Leberabscesses manchmal zu bestimmen im Stande war, wenn auf Druck an einer bestimmten Stelle Erbrechen erfolgt und dieser Versuch bei der Wiederholung ein gleiches Resultat ergiebt. Als wesentliches diagnostisches Hilfsmittel gilt ihm dasjenige Mittel, das die meisten deutschen Chirurgen nur ungern anwenden, die Probepunktion, welche zweifellos bei der häufigen Unsicherheit der Diagnose und der Wichtigkeit, gerade das beginnende Leiden zu erkennen, trotzdem als nicht unberechtigt anerkannt werden muss, namentlich wenn man, wie S., genau die Grenzen angiebt, über die hinaus die Probepunktion nicht mehr statthaft sein soll. Man kann sich auch nur dringend der Ansicht des Verf. anschließen, dass einer solchen Maß-

nahme bei positivem Ergebnis die Radikaloperation direkt anzuschließen ist. So werden am ehesten die Gefahren der Punktion, Peritonitis, Sepsis, Blutung, vermieden.

Für die Behandlung kommen zwei Methoden in Frage, die Punktionsmethode und die Schnittmethode. Die erstere ist jedenfalls die gefährlichere, und obschon zweifellos kleine Abscesse durch sie geheilt werden können, wie S. bestätigt, ist sie als unsicher und bei der Infektionsgefahr für das Bauchfell als obsolet zu betrachten. Dasselbe gilt von der sog. Punktionsdrainage, bei welcher der eingestochene Trokar in der Abscesshöhle liegen bleibt oder mit einem Drainrohr vertauscht wird.

Die Schnittmethode kann einzeitig oder zweizeitig angewendet werden. Das letztere Verfahren gebraucht Verf. nicht gern, da man bei ihm einen zwischen den beiden Eingriffen liegenden Durchbruch des Eiters in die Bauchhöhle immer befürchten muss. Er beendet desshalb die Operation in einer Sitzung derart, dass er erst den Abscess unter gehörigem Schutz des Peritonealraumes eröffnet und ihn dann in einer respiratorischen Mittelstellung einnäht — wie Langenbuch. Die Incision mit dem Thermokauter erfolgt nach vorhergehender Probepunktion und Entleerung des Eiters mit dem Trokar und Dieulafoy bei eröffneter Leibeshöhle.

Bei Abscessen in der Leberkonvexität ist die transpleurale Eröffnung mittels Rippenresektion und Eingehen in den Brustfellraum zu wählen. Die Gefahr des Pneumothorax ist gerade hier keine große. Jedoch wird man zur Vermeidung einer Pleuritis suppurativa die beiden Blätter des Brustfells miteinander vernähen, wo nicht Verwachsungen dies unnöthig machen. S. verwirft auf das entschiedenste das Ausschaben, die Irrigation und jede andere energische Bearbeitung der Abscesshöhle. Die Nachbehandlung soll sich ausschließlich auf eine weite und langdauernde Drainage beschränken. Alle derartigen Maßnahmen wie auch Ätzungen und Versuche, die Abscessmembran zu lösen, führen nur zu langwierigem, keineswegs gleichgültigem Gallenausfluss, welcher an sich schon nicht immer zu verhindern ist. Krankengeschichten und Litteraturverzeichnis beschließen die Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.)

---

17) **F. Terrier** et **M. Auvray.** Tumeurs des voies biliaires, vésicule et canaux biliaires.

(Revue de chir. 1900. No. 2 u. 3.)

Die Arbeit stellt in erschöpfender Weise alles über die gut- und bösartigen Geschwülste der Gallenblase und -wege bekannt Gewordene zusammen; besonders interessirt sie durch den sich mit der chirurgischen Behandlung dieser Neubildungen beschäftigenden Haupttheil, in welchem alle zu Heil- und symptomatischen Zwecken bisher ausgeführten operativen Eingriffe auf Grund sorgfältig angeordneter Statistiken in Bezug auf ihren Werth, ihre Indikationen und ihre Resultate eingehend besprochen werden; die Schilderung der Technik

der verschiedenen Operationen ist einer späteren Abhandlung vorbehalten. Unter den zur Heilung von Geschwülsten der Gallenblase und des Duct. cysticus in Betracht kommenden und Erfolg versprechenden Eingriffen erkennen die Verff. nur der totalen Cholecyst- und Cysticektomie, event. mit Resektion von Theilen der Leber, Berechtigung zu, halten aber bei Krebs auch die Entfernung der benachbarten Lymphdrüsen, so schwierig und gefährlich dieselbe auch sein kann, für nothwendig. Diese Operationen sind bisher in 36 Fällen ausgeführt worden: 1) in 19 die einfache Cholecystektomie, 3mal wegen gutartiger Neubildungen (Echinococcus, Fibrom) mit Ausgang in Heilung; 16mal wegen Krebs (5 bald nach der Operation gestorben, 9 geheilt, indess rasch Recidive); 2) in 17 die Cholecystektomie mit Leberresektion; davon 2 gestorben, 15 geheilt, gleichfalls meist Recidive, bezw. Metastasen; indess 1 Fall seit 3 Jahren gesund). Hiernach sind also die bisher bei Krebs erreichten Resultate als recht ungünstig zu bezeichnen, wenn auch mehrere Kranke durch die Operation für einige Zeit von den Schmerzen befreit wurden und eine Besserung ihres Allgemeinbefindens erfahren hatten. Palliative Operationen, wie die Cholecystostomie, kamen in 15, die Gastroenterostomie in 1 Falle von Gallenblasenkrebs zur Ausführung, und zwar mehrfach mit günstigem Erfolge in Bezug auf Besserung der Beschwerden; wegen Choledochuskrebs wurden sie — 2 Cholecystostomien, 5 Cholecystenterostomien (2mal wegen Krebs der Vater'schen Ampulle) und 1 Choledochoenterostomie — 8mal gemacht; davon starben 6 bald nach der Operation; die Überlebenden — seit $^1/_2$—$1^1/_4$ Jahr — hatten wesentliche Erleichterung von dem Eingriffe. — Einzelheiten bezüglich der von den Verff. aufgestellten Indikationen für die verschiedenen Operationen einschl. der von ihnen für gewisse Fälle befürworteten Hepatico-enterostomie etc. mögen im Original studirt werden. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Methode der Nearthrosenbildung am Unterkiefer.

Von

Dr. **S. Kofmann** in Odessa.

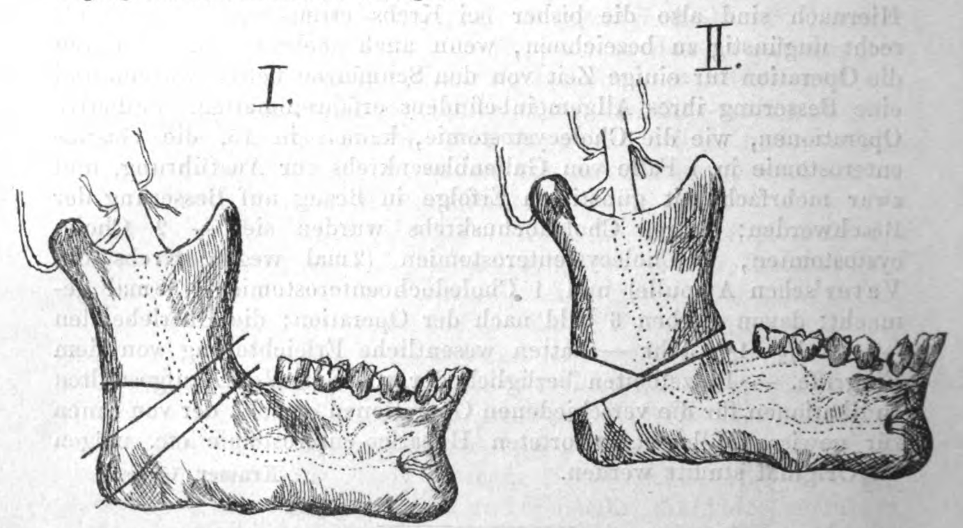
Der Krankenbericht, den ich sogleich folgen lassen will, bietet sowohl wegen der nicht häufig beobachteten Krankheit, als des erfolgreichen operativen Eingriffes wegen großes Interesse.

Am 2. März l. J. erschien in meiner Ambulanz Frl. M. A., 24 Jahre alt, aus Birsula in Begleitung ihres Vaters. Letzterer erzählte:

Seine Tochter habe als 3jähriges Kind Typhus durchgemacht, dem eine Halsdrüsenschwellung mit Vereiterung folgte und in Folge davon eine Steifigkeit der Kiefergelenke, die sich allmählich zur vollständigen Ankylose steigerte. Nach einer vor 7 Jahren gemachten Operation gelang zwar die Öffnung des Mundes mittels der Schraube, doch war die Kranke außer Stande, denselben spontan zu

schließen. Und bald trat wieder der alte Bestand ein: der Mund blieb geschlossen wie vorher.

Bei der Aufnahme bietet Pat., von mittlerem Wuchse, gut ernährt, durchaus normale Verhältnisse, abgesehen vom Gesichte. Hier fällt beim ersten Anblicke in die Augen die Erweiterung der linken Lidspalte, die Glättung der linken Nasolabialfalte, das Herabsinken der linken Augenbraue, des linken Mundwinkels und der linken Unterlippenhälfte. Das Filtrum nasi ist schief nach rechts verzogen, die ganze linke Gesichtshälfte ist aufgedunsen, ihre Haut etwas glänzend. Das Kinn erscheint wie abgestutzt, so dass das Gesicht hier direkt in den Hals übergeht. Die Lippenspalte ist stets halb geöffnet, die vorstehenden Vorderzähne sind an einander gepresst und lassen nur eine zackige, 2—3 mm weite Spalte zwischen sich. Die Molaren sind atrophisch und so eng zusammengepresst, dass sie wie zusammengeschmolzen scheinen. In den beiden Kieferastgegenden längliche, ein wenig keloide Narben, die besonders links hoch bis an den Tragus herauf und beiderseits bis zum Winkel herabreichen. Links hat die frühere Operation die eben geschilderte Facialislähmung nach sich gezogen. Aktive wie passive Bewegung des Unterkiefers ist unmöglich.



Eine Skiaskopie ergab nichts Wesentliches.

Da der Versuch, Pat. zu chloroformiren, heftige Erstickungserscheinungen hervorrief, musste ich — in Gemeinschaft mit den Kollegen Wiener und Triger — unter Schleich's Lokalanästhesie operiren.

Schnitt entlang dem Rande des Kieferastes, bis auf den Knochen, ziemlich hoch anfangend, da keine Verletzung des Facialis hier mehr zu befürchten war, und ein bischen um den Winkel umbiegend. Periostabschiebung an der ganzen Ausdehnung der vorderen Fläche des Kieferastes ohne Hindernisse, dagegen große Schwierigkeit bei der Periostablösung von hinten, da hier starke Narbenzüge und Knochenunebenheiten vorlagen. Mit vieler Mühe gelang es, beiderseits so weit das Periost abzulösen, dass der an der vorderen Fläche eingeschobene Finger die an der hinteren Fläche eingeführte Sonde spürte. Nun hieß es, die Mandibula mit der Drahtsäge gerade im Kieferwinkel zu durchsägen und dann noch einmal etwa $1\frac{1}{2}$ cm höher, so dass sich eine ziemliche Lücke bildete. Sofort konnte Pat. den Mund aufmachen, bis auf 2 Querfinger Weite aber erst, nachdem die alten narbigen Adhäsionen mit einer starken Zange gesprengt waren. Um aber sicher zu sein, dass eine bleibende Pseudarthrose entstehe, sägte ich vom oberen Theile des Kieferastes noch ein Stückchen ab, wie obenstehende Zeichnung zeigt. In die Wunde

führte ich einen kleinen lockeren Tampon und schloss sie bis auf den untersten Theil mit 4 Knopfnähten. Leichter Druckverband.

Am selben Tage schon konnte Pat. feingeschabtes Fleisch essen.

Nach 2 Tagen Verbandwechsel, theilweise Entfernung des Tampons. Minimale Absonderung aus der Wunde.

Am 5. Tage gänzliche Entfernung des Tampons. Pat. hat keine Schmerzen, kann kauen, fühlt dabei aber eine leichte Störung an der rechten Seite, indem hier die Zähne nicht an einander treffen. Sie wünscht desshalb auch hier operirt zu werden, aber in Narkose. Daher am 8. Tage nach der 1. Operation und Entfernung der Nähte an der linken Seite, wo Heilung per primam eingetreten war, Chloroformirung. Da hier N. facialis zu schonen war, Schnitt mehr um den Kieferwinkel und weniger hoch aufsteigend an der Kieferastkante. Nach der Periostablösung bot die Durchführung der Giglisäge wegen der Kleinheit des Hautschnittes so große Schwierigkeit, dass nur die 1. Durchsägung mit ihr ausgeführt werden konnte, die Austrennung des Knochenstückes und Formirung des neuen Gelenkes dagegen mit der Knochenschere vorgenommen werden musste. Nahtanlegung wie früher, leichte Tamponade, Fixirungsverband, um den Unterkiefer in seiner Lage festzuhalten. Am 1. Tage klagte Pat. über Schwellung der Zunge und Schluckbeschwerden, die Nachts noch zunahmen.

Am nächsten Tage Verbandwechsel, theilweise Entfernung des Tampons und Erleichterung des Verbandes.

Ohne Verband hing der Unterkiefer schlaff herunter, doch war die Pat. schon besser im Stande zu schlucken.

Am 6. Tage Entfernung des Tampons und Einführung eines kurzen, dünnen, drainirenden Streifens; leichter Verband. — Am 9. Tage vollständige Entfernung des Gazedrains und der Nähte. Heilung per primam. Der Unterkiefer hängt nur sehr wenig herunter. Die Pat. kann schon beißen und kauen, wenn auch mit einiger Schwierigkeit. — Am 14. Tage nach der 2. Operation wurde die Kranke aus der Behandlung ohne Verband entlassen. Sie macht jetzt den Mund $2^1/_2$ bis 3 Querfinger weit auf, kann gut und mit ziemlicher Kraft beißen und kauen. Der Kiefer hängt nicht herab, und die Zahnreihen passen fast auf einander. In der letzten Zeit gelang es mir mittels Massage[1] und passiver Kieferübungen auch merkliche seitliche Kieferbewegungen besonders beim Kauen zu erzwingen. Pat. fühlt sich wohl und ist über das gewonnene Resultat glücklich.

Wie angedeutet, gehört die Kieferklemme zu den Raritäten, besonders die vollständige permanente Ankylose. Die operative Hilfe, die dabei in Anwendung kam, ist sehr vielgestaltig. Am meisten bekannt sind die Methoden von v. Esmarch und von Rizzoli. Beide durchtrennen den Unterkiefer, um die Beweglichkeit wieder herzustellen, wobei v. Esmarch noch ein Knochenstück resecirt. Einige Autoren, die diese Operationen ausgeführt haben, befürworten das eine, andere das andere Verfahren. Im Allgemeinen muss aber anerkannt werden, dass die Methode v. Esmarch's größere Sicherheit vor einem Recidive bietet. Da aber doch Fälle beobachtet wurden, wo die Anfangs erzielte Beweglichkeit des Unterkiefers mit der Zeit abgenommen hat, so glaube ich, dass die von mir angewandte Art des Operirens Vorzüge auch vor der v. Esmarch'schen aufweist, da sie von vorn herein die Ausbildung eines wohlgeformten, in seiner Beweglichkeit relativ weiten Gelenkes anstrebt.

---

18) G. Ovio. Apparecchio pneumatico del termo-cauterio di Paquelin.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 57.)

O. hat versucht, das Gummigebläse des Thermokauters, welches einen Assistenten erfordert und zudem wenig haltbar ist, zu ersetzen. Ein Cylinder, welcher 2 Liter Luft fasst, steht in Verbindung mit einer nach dem Principe der Radfahr-

[1] Auch die Facialisparese ist bis auf die Stirn beinahe verschwunden.

pumpen konstruirten Luftpumpe und einem Benzinbehälter. Sobald die Verbindung zwischen Luftcylinder und Benzinbehälter hergestellt ist, treibt die in ersterem komprimirte Luft selbstthätig das Benzin durch den Thermokauter, und zwar 2 Minuten lang, eine Zeit, die nach der Meinung des Vaters der Idee für jede Operation mehr als ausreichend ist. Dreyer (Köln).

19) Roestel. Zur Kasuistik der Unterleibsverletzungen durch stumpfe Gewalt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 202.)

R. berichtet einen Fall aus dem Hamburger Seemannskrankenhause. Pat. war durch einen Fahrstuhl schwer quer über den Leib gequetscht. Starker Chok, Verdacht auf Darmverletzung; doch verbot sich eine primäre Laparotomie durch den schlechten Allgemeinzustand. Exspektative Behandlung mit Opiumsuppositorien, Kampfer subkutan, Eisblase auf den Bauch und 9tägiger Aufhebung jeder Nahrungszufuhr durch den Mund, statt deren nur subkutane Kochsalzwasserinfusionen (im Ganzen 50) zur Anwendung kamen. Hinterher kamen mehrere jauchige intraperitoneale Abscesse zur Eröffnung. Langsame Rekonvalescenz. Heilung und Entlassung nach ca. 7 Monaten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) Le Dentu et H. Morestin. Epithélioma des deux mamelles avec noyaux dermiques secondaires coïncidant avec une péritonite tuberculeuse.

(Revue de chir. 1900. No. 4.)

Der seltsam verlaufene, im Leben unklar gebliebene Fall betraf eine 27jährige Person, bei der ganz akut eine enorm starke, harte Anschwellung beider Brüste ohne Fieber und zunächst ohne Betheiligung der Achseldrüsen aufgetreten, nach allmählichem Rückgang der diffusen Geschwulst harte, unregelmäßig geformte Knoten in den Mammae fühlbar geworden, gleichzeitig damit eine starke Einziehung der Warzen und Achseldrüsenvergrößerung entstanden und schließlich, ebenfalls ohne Störung des Allgemeinbefindens und Schmerzen, ein rasch zunehmender Ascites hinzugekommen war, der als von tuberkulöser Natur adnexiellen Ursprunges erkannt und durch die Laparotomie zur »Heilung« gebracht wurde. Während dessen waren auch die Mammae wieder mehr und mehr abgeschwollen, die Knoten kleiner geworden. Als sich die Pat. wenige Monate nach ihrer Entlassung von Neuem vorstellte, zeigten sich die Warzen und ihre Umgebung hart infiltrirt und eingezogen, die Achseldrüsen wieder sehr vergrößert, und in der Haut über der rechten Mamma viele harte Knötchen, deren Natur durch die Weigerung der Pat., sich eines derselben zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung ausschneiden zu lassen, nicht sichergestellt werden konnte; bald traten sie auch auf der anderen Seite auf, es stellte sich von Neuem Ascites und eitriger Erguss und allmählich zunehmender Kräfteverfall ein, der schließlich zum tödlichen Ausgange führte. Die Sektion ergab, dass es sich um Cylinderepitheliome der Brustwarzen gehandelt hatte; das Bauchfell zeigte schwere tuberkulöse Erkrankung, welche von den Adnexa ausgegangen war. **Kramer** (Glogau).

21) Reichard. Drei Fälle von tödlicher parenchymatöser Magenblutung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 20.)

In dem 1. der Fälle trat bei einem hochgradig ikterischen Manne 5 Tage nach der Operation am Gallensystem eine tödliche Magenblutung auf. Die Sektion deckte eben so wenig wie in den beiden anderen Fällen die Todesursache auf. In diesen wurde die Operation — Eröffnung des Magens, Einführung eines Drains durch den Pylorus, Tamponade des Magens — wegen hochgradiger, durch Magenblutung erzeugter Anämie unternommen. **Borchard** (Posen).

22) Meinhard Schmidt. Magenblutung nach Cholecystektomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 586.)

Bei der Laparotomie einer 58jährigen mageren Frau, deren chronisches Magenleiden eine gutartige Pylorusstenose vorgetäuscht hatte, fand sich eine steingefüllte Gallenblase, pseudomembranös mit Magen, Netz und Colon verwachsen. Die Blase wird ektomirt nach Unterbindung der Verwachsungsstränge, die Weite des Pylorus von 2 Ärzten digital unter Invagination der vorderen Magenwand geprüft, übrigens normal befunden. Wundheilung aseptisch, doch erfolgte am 6., 7. und 8. Tage Hämatemesis und noch am 10. und 13. Tage blutiger Stuhl. Dann guter Verlauf. Ein früheres Magengeschwür war anamnestisch auszuschließen.

Der Fall ist den v. Eiselsberg'schen Publikationen über Magen- und Duodenalblutungen nach Operationen anzureihen. Die an ihm vorgenommenen Adhäsionsabbindungen könnten, den v. Eiselsberg'schen bezüglichen Lehren entsprechend, als möglicherweise für thrombotische und embolische Vorgänge zur ätiologischen Erklärung der Blutungen dienen; doch ist auch denkbar, dass bei der digitalen Untersuchung des Pylorus die Magenwandschichten durch Zerrung und Verschiebung nebst Einrissen der Submucosa gelitten hatten, und so ein »traumatisches« Magengeschwür im Sinne von Rehn, Krönlein u. A. provocirt worden war. In einem Nachtrage wird noch auf Kehr's einschlägige Beobachtungen hingewiesen. (Selbstbericht.)

23) Maydl. Über operative Heilung des Magenkrebses auf Grund von 25 radikal operirten Fällen.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 38—40.)

Von den 25 mit Resektion behandelten Fällen sind 4 gestorben; das ist das beste bis jetzt erreichte Resultat; es wird von M. auf seine große Zurückhaltung in der Auswahl der Fälle und darauf zurückgeführt, dass die Neigung der praktischen Ärzte, die Kranken frühzeitig zur Operation zu schicken, zunimmt. Je besser die Resultate der Radikaloperation sind, desto höhere Anforderungen sind wir an die Palliativmittel zu stellen berechtigt; diesen Anforderungen genügt aber die palliative Gastroenterostomie mit ihren 36,6% Mortalität (Chlumsky) durchaus nicht. Es sollte desshalb das Gebiet der palliativen Operation immer mehr eingeschränkt werden zu Gunsten der radikalen.

Dies Ziel ist aber in erster Linie erreichbar durch frühzeitige Diagnose und frühzeitige Operation; M. will, dass die Probelaparotomie häufiger gemacht werde, und zwar nicht erst bei fühlbarer Geschwulst, sondern viel früher, sobald begründeter Verdacht auf ein Magencarcinom besteht. Die verschiedenen Symptome, welche den Verdacht begründen, werden besprochen. M. hat in jedem Falle bei der Probelaparotomie den begründeten Verdacht bestätigt gefunden und die Radikaloperation sofort gemacht.

Falls bei der Probelaparotomie eine Palliativoperation beschlossen wird, so exstirpirt M. eine geschwollene Lymphdrüse, um durch deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose über die Natur der Magengeschwulst zu sichern; er ist zu diesem Vorgehen gekommen durch die mehrfache Beobachtung, dass für inoperable Carcinome gehaltene Geschwülste sich nachträglich als gutartig erwiesen hatten.

Von den 25 radikal Operirten sind 4 im Anschlusse an die Operation gestorben, 21 geheilt entlassen. Von diesen sind 7 an Recidiv gestorben, 14 leben ohne Recidiv. Von diesen liegt bei 7 die Operation über 2 Jahre zurück, die 7 weiteren befinden sich innerhalb der ersten 2 Jahre. Bei ersteren, die M. als definitiv geheilt rechnet, sind seit der Operation 2—8¾ Jahre verflossen.

Große Bedeutung für die Verbesserung der Resultate misst Verf. einer möglichsten Abkürzung der Narkose zu. Unter Lokalanästhesie zu operiren, verwirft er, da das Vorzerren des Magens sehr schmerzhaft ist; er chloroformirt, hört aber zu narkotisiren auf, sobald die Geschwulst am Magen abgetrennt ist. Alle 25 Fälle sind nach der ersten Billroth'schen Methode operirt.

Grisson (Hamburg).

24) Tuffier. Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grèle.

(La Presse médicale 1900. No. 15.)

Von den verschiedenen Formen, welche die tuberkulöse Dünndarmstenose annehmen kann, ist nach T. die hypertrophische die seltenste. Er berichtet über einen solchen Fall, bei dem er die Resektion mit folgendem Verschluss der Enden und seitlicher Anastomose erfolgreich ausführte.

Unter 70 tuberkulösen Dünndarmstenosen, die er in der Litteratur auffand, sind 45 operirt worden. Von diesen blieb es in 4 Fällen bei der Probelaparotomie, bei 4 anderen wurde die einfache Enteroanastomose gemacht und in den 37 übrigen Fällen die Darmresektion ausgeführt. Im Ganzen sind von diesen 45 Operationen 37 Heilerfolge erzielt worden; Nachbeobachtungen, die sich auf einen längeren Zeitraum erstrecken, existiren nicht. **Sultan** (Göttingen).

25) S. L. Woolmer. Surgical aspects of constipation.

(Lancet 1900. Juni 16.)

Verf. beschreibt mit schematischen Zeichnungen 2 interessante Fälle von aneurysmaartiger Erweiterung der Flexura sigmoidea in Folge chronischer Kothstauung.

In einem Falle wurde vorher die Diagnose gestellt, da die Geschwulst mit ihrer eigenartigen Konsistenz gefühlt werden konnte.

In beiden Fällen wurde mit Erfolg laparotomirt, der Sack exstirpirt und die Darmwunde vernäht.

Verf. hebt besonders hervor, dass die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie, mit der der eine Fall operirt wurde, für solche Fälle recht ungeeignet sei, da durch die Wirkung des Morphiums auf den Darm die Peristaltik aufgehoben und starker Meteorismus entstanden sei, der dem Pat. sehr unangenehme Nacherscheinungen bereitet hätte. **F. Kraemer** (Berlin).

26) Meinhard Schmidt. Meckel'sches Divertikel und Ileus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 144.)

S. beobachtete ein 15jähriges Mädchen, das nach einer akuten perityphlitisartigen Erkrankung Zeichen chronischer Darmstenose mit Kothbrechen dargeboten und äußerst heruntergekommen war. Eiternde Nabelfistel, aus der sich ein Spulwurm entleert hatte, womit die Diagnose: offen gebliebener Darmdottergang gegeben war. Der Versuch operativer Hilfe misslang, da der kollabirte Darm, in welchen der Dottergang überging, ausgedehnt verwachsen war, und bei Lösung der Verwachsungen eine der dilatirten oberen Dünndarmschlingen einriss und der in ihr aufgestaute jauchige Inhalt die Bauchhöhle verunreinigte. Die Sektion ergab eine intime Verwachsung der Darmenden über und unter dem Divertikel, ferner Verwachsung des zum Divertikel führenden oberen Darmstückes mit dem Blinddarm, so wie Stenose und Längsachsendrehung desselben, starke Dilatation der oberen Dünndarmschlingen. S. referirt 2 sehr ähnliche Fälle von chronischem Divertikelileus, beruhend auf Verwachsung des Dünndarmes mit dem Blinddarme, Achsendrehung etc. von Chiari und Good. Im Eingange der Arbeit giebt er auch eine Übersicht über die verschiedenen Formen des akuten Divertikelileus, wobei er den 4 von Leichtenstern hierfür aufgestellten Typen mehrere weitere hinzufügt.

Der Arbeit sind 6 Abbildungen beigegeben. (Selbstbericht.)

27) Kayser. Volvulus coeci mit Inkarceration in einer Leistenhernie. (Gleichzeitige Einklemmung eines Ileumabschnittes mit intraabdominellem Volvulus der zu diesem zuführenden Ileumschlinge.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 443.)

Der Fall, einen 49jährigen Arbeiter betreffend, kam in der Königsberger Klinik zur Operation. Es gelang bei dieser, die ungewöhnlich komplicirten, im

Arbeitstitel angedeuteten Lageverhältnisse des Darmes, bezüglich deren Détails auf das auch gut erläuternde Figuren bietende Original zu verweisen ist, aufzuklären und auch die Reposition zur Norm auszuführen. Indess bestand bereits beginnende Peritonitis, und der torquirt gewesene Blinddarm sah so schlecht aus, dass er Zwecks zweizeitiger Anlage eines Kunstafters in die Wunde genäht wurde. Doch trat der Tod nach der Incision des Darmes ein.

Der Krankengeschichtsmittheilung folgt ein Vergleich der zur Sache gehörigen Litteratur. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **G. Leven.** Cyste hydatique ouvert dans l'intestin.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.)

21jährige, hochfiebernde, ikterische Kranke mit kaum nachweisbarer Leberschwellung giebt am 10. Tage ihrer Erkrankung unter heftigen Durchfällen eine Echinokokkenmembran ohne Tochterblasen per rect. von sich. Einige Tage nachher Auftreten einer ausgedehnten »Urticaria« ohne Juckreiz. **Christel** (Metz).

29) **J. Israel.** Erfahrungen über Pankreaserkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 22.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine sehr bewegliche Pankreascyste, deren Entfernung nach Durchtrennung des kleinen Netzes und theils bindegewebiger, theils drüsiger und gefäßreicher Pankreasschichten leicht gelang. Die Geschwulst saß am medianen unteren Umfange an dem daumendicken Schwanztheile des Pankreas, der durchschnitten und verschorft wurde, fest.

Im 2. Falle war die Cyste mit dem Colon breit und fest verwachsen. Incision, Annähung. Nach 5 Wochen Heilung. Es bestand auch hier eine respiratorische Verschieblichkeit von 3 Querfinger Breite. Es fehlten in dem Cysteninhalte die charakteristischen fermentativen Eigenschaften.

Die 3. Cyste ist ausgezeichnet durch den bleibenden großen Nutzen, den die völlige Entleerung der Flüssigkeit durch die Punktion gebracht hat.

Im 4. Falle handelte es sich um Pankreasnekrose mit peripankreatischem Abscess in der Bursa omentalis. Incision in der rechten Parasternallinie. Tod.

Im 5. Falle zweizeitige Incision der Pankreascyste; Heilung.

Borchard (Posen).

30) **A. Gessner.** Über Pankreasnekrose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 65.)

31) **C. Francke.** Beiträge zur akuten Pankreaserkrankung.

(Ibid. p. 399.)

Die beiden Arbeiten können gemeinsam besprochen werden, da sie, die erste aus dem Krankenhause Berlin-Friedrichshain, die zweite aus König's Charité-Abtheilung, einige unter sich sehr ähnliche Beobachtungen von akuter Pankreatitis bez. Pankreasnekrose veröffentlichen. Von den insgesammt 6 Fällen, die alle laparotomirt wurden, ist nur der folgende, kurz wiederzugebende Fall Hahn's am Leben geblieben. 30 Jahre alte, in den letzten Jahren sehr fettleibig gewordene Dame, seit 8 Jahren öfter von Gallensteinkoliken heimgesucht. 18. Januar 1896 wieder plötzlicher Anfall ungewöhnlich heftiger Schmerzen, die viel Narkotica nöthig machten. Dazu viel Gallebrechen und Stuhlunregelmäßigkeit. Stark heruntergekommen kam Pat. Anfang März zur Aufnahme. Befund: starker Ikterus, schwerkranker Eindruck, Temperatur 38°, Bauch stark meteoristisch, gespannt, druckempfindlich, rechts oberhalb des Nabels in der Tiefe abnorme Resistenz, sehr druckschmerzhaft. Die Laparotomie führt auf eine melonengroße Geschwulst zwischen Magen, Leber und Därmen. Sie besteht aus gelbgrünen, weichen, sehr leicht zerreißlichen Massen, in die viel weiche, kalkartige Konkremente eingebettet sind. Bei Hantirung an ihr reißt die Geschwulst ein und blutet heftig, so dass die Operation mit Gazetamponade beendet werden muss. Unter Fieber, erheblichen Beschwerden, als Schmerzen und Brechen, öfterem Ikterus, starker Abmagerung,

stieß sich, eine große Höhle hinterlassend, die Geschwulst gangränös und eiternd ab. Nach etlichen Wochen konnte Pat. mit einer Fistel nach Hause entlassen werden, wo die Fistel heilte, die Beschwerden schwanden und Pat. wieder erheblich schwerer wurde. Der Urin blieb dauernd zuckerfrei. Dagegen stellten sich mit der Genesung tabesähnliche Symptome ein, unsicherer Gang, Schwindel, Sensibilitäts- und Sehnenreflexstörungen. Noch Mai 1899 bestand breitbeiniger, unsicherer Gang, Sensibilitätsabschwächung an den Sohlen, schwaches Kniephänomen, deutliches Romberg'sches Symptom.

Im Anschlusse an diesen Fall giebt G. 2 Tabellen. Die erste enthält 26 Fälle, in denen, wie in seinem eigenen, das Leiden mit einer Erkrankung der Gallenwege komplicirt oder vielleicht in ursächlichem Zusammenhange war, die zweite stellt die bislang bekannten Fälle zusammen, die durch Operation mit nachfolgender eitrig-brandiger Ausstoßung der Drüse zur Heilung gelangt sind.

Die Details der übrigen Fälle beider Autoren mögen in den Originalarbeiten eingesehen werden. Es handelte sich immer um akut einsetzende, schwere Erkrankung mit höchstgradigen Leibschmerzen und ileusartigem Brechen, rasch eintretendem Collaps. Die Operation wurde nur kurze Zeit lang überlebt. Der anatomische Zustand der Bauchspeicheldrüsen war ein ungleicher, oft Fettnekrose vorhanden. Beide Arbeiten enthalten Hinweise auf die Litteratur des noch mancher Aufklärung bedürftigen Leidens. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) **Deutschländer.** Über erworbenen Gehörgangsverschluss und dessen operative Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 317.)

Bei einem Pat. der Kieler Klinik, einem Chinesen, der bei seinem Zopfe von einem rollenden Rade gefasst und in Folge dessen skalpirt worden war, kam es im Verlaufe der Hautwundenheilung, trotzdem der Gehörgang währenddem tamponirt gehalten wurde, zu narbiger Atresie des Gehörganges, die es mit dem Körner'schen Verfahren zu beseitigen gelang. Die bezügliche Operation besteht in Ablösung der Ohrmuschel durch einen bogenförmigen retro-aurikulären Schnitt, sodann Heraushebelung des häutigen Gehörganges und querer Durchtrennung der hinteren Wand desselben dicht vor dem Trommelfellansatze. Dann wurden 2 Längsschnitte durch die hintere Gehörgangswand und die Ohrmuschel bis in den Anthelix geführt, die Verwachsungen zwischen vorderer und hinterer Gehörgangswand scharf getrennt, und der nun frei beweglich gemachte Gehörgangs-Ohrmuschellappen nach hinten herumgeklappt. Er wird eben so wie der obere und untere Ohrmuschellappen mit dem hinteren Wundrande des bogenförmigen Schnittes vernäht. Aseptischer Verband mit Gehörgangstamponade. (Das Verfahren ist ursprünglich für Nachbehandlung der Radikaloperation der chronischen Otitis angegeben.) Die Heilung erfolgte in ca. 2½ Woche.

D. zählt die bislang bekannt gemachten Fälle auf, in denen diese plastische Operation mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Sie ist an Wirksamkeit den älteren therapeutischen Maßregeln bei Weitem überlegen.

Der Kieler Fall ist nebenbei auch dadurch von Interesse, dass auf die Schädelhautdefekte des Chinesen Scrotalhautlappen, gewonnen von der Varicocelenoperation eines Deutschen, transplantirt wurden, doch ohne bleibenden Erfolg.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 4. August.** **1900.**

I. Zur Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne. Ein Nachtrag.

Von

Dr. **Paul Rupprecht** in Dresden.

In No. 46 des Jahrganges 1894 dieses Blattes veröffentlichte ich einen Fall von primärem Krebs der männlichen Harnröhre, in welchem es zum ersten Male Oberländer[1] gelungen war, urethroskopisch eine so frühzeitige Diagnose zu stellen, dass ich in die Lage kam, zum ersten Male einen vorher diagnosticirten, wenig vorgeschrittenen Harnröhrenkrebs beim Manne ohne Verstümmelung durch Resectio urethrae vorläufig zu heilen. Bis dahin waren alle bekannt

[1] Vgl. Oberländer, Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathol. der Harn- und Sexualorgane. Leipzig 1893, Bd. IV. August.

gewordenen Fälle an ihrem spät erkannten und daher nicht radikal operirten örtlichen Carcinom nach durchschnittlich 2jährigem Leiden gestorben. Unser Fall hat nach seiner Operation noch $4^1/_4$ Jahre gesund gelebt und ist dann ohne örtlichen Krebsrückfall im Anschluss an die Exstirpation krebsig entarteter Leistendrüsen an Pneumonie gestorben. Die Autopsie deckte noch wenig vorgeschrittene Krebsmetastasen in Prostata, Retroperitoneallymphdrüsen und Lungen auf. Örtlich fanden sich in der Nähe der Operationsnarbe weißfleckige Epithelhyperplasien und Papillome der Harnröhrenschleimhaut, aber kein Carcinom. — Ich lasse den Nachtrag zur Krankengeschichte hier folgen. Derselbe wird gleichzeitig durch Oberländer im Internationalen Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane veröffentlicht werden. — Neuere Arbeiten über Harnröhrenkrebs beim Manne sind: Wassermann, Epithéliome primitif de l'urèthre; Thèse de Paris, G. Steinheil, 1895 (referirt im Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 502) und Bosse, Über das primäre Carcinom der Urethra beim Manne und beim Weibe. Diss., Göttingen, 1897.

Nach am 20. Januar 1893 überstandener Resektion der krebsigen Harnröhre war am 11. März 1893 der damals 68jährige Pat. (Herr Friedrich) als vorläufig geheilt entlassen worden. Er konnte seinen Harn nach wie vor dieser Operation nur mittelst Katheter entleeren, blieb aber im Wesentlichen 4 Jahre lang gesund. Seit November 1896 bemerkte er neuerdings zeitweise geringen Blutabgang beim Katheterisiren und seit Januar 1897 Schmerzen (von der Harnröhre in die Hoden strahlend). Desshalb am 29. April 1897 Wiederaufnahme in die Dresdener Diakonissenanstalt.

Befund (Dr. Rupprecht): Nur wenig Harn spontan. Katheter geht leicht ein, entleert 400 Gramm Residualharn, dessen Anfangsportion blutig ist. Unter der verschieblichen Operationsnarbe am Damme gegen die Prostata hinziehend eine kleine cylindrische Härte, auch per rectum fühlbar. Die unbewegliche, namentlich nach links stark vergrößerte Prostata zeigt etwa in der Mitte ihrer Hinterfläche einen erbsengroßen, unverschieblichen, buckeligen Knoten. In der rechten Leiste eine pflaumengroße Lymphdrüse. — Urethroskopisch hat Dr. Oberländer wieder im prostatischen Theile der Harnröhre zahlreiche Papillome festgestellt. —

Operation (Dr. Rupprecht) am 4. Mai 1897: Damm und Urethra werden in Narkose auf einer eingeführten Rinnensonde 5 cm lang gespalten. Resektionsstelle der Harnröhre als schmale, quere Narbenlinie erkennbar. Benachbarte Harnröhrenschleimhaut ohne Recidiv (weich), zeigte zahlreiche, unregelmäßige, milchweiße, leicht erhabene Flecke (Epithelhyperplasien). Etwa 1 cm hinter der Narbe beginnend, findet sich der prostatische Theil der Harnröhre durch zahlreiche, verästelte, graurothe, papillomatöse Wucherungen ausgefüllt, welche vorwiegend von der hinteren Harnröhrenwand entspringen. Dieselben werden mit dem scharfen Löffel leicht entfernt. Da der tastende Finger nirgends eine abnorme Härte erkennt, so begnügt man sich (nach Probeexcision eines kleinen Stückchens der weißfleckigen Harnröhrenschleimhaut) mit Einlegen eines weichen Dauerkatheters und Tamponade der Dammwunde. Hierauf werden rechterseits die Leistendrüsen des 72jährigen Mannes ausgeräumt (Methode Rupprecht, s. Centralblatt für Chirurgie 1893. No. 16.) Auf der Schnittfläche der größten Lymphdrüse quillt bei Druck milchiger Saft hervor und sieht man fein verästelte gelbe Striche und Punkte.

Verlauf: 8 Tage lang gut (Puls 84, Temperatur normal, Wohlbefinden bis auf chronischen Husten). Vom neunten Tage an Athemnoth, Unruhe, Fieber (39.4° C.), zunehmende Schwäche, Zerfall in der Leistenwunde. Am zwölften Tage post op. Tod.

Leichenöffnung (Dr. Freitag): Eiterige Bronchitis und schlaffe Pneumonie. In der sehr dickwandigen Harnblase chronischer Katarrh und mittlerer Prostatalappen stark hervorspringend. In der Prostata ein kinderfaustgroßes Carcinom, an zahlreichen Stellen völlig erweicht. Harnröhre wie oben beschrieben. Zahlreiche stark vergrößerte krebsige Retroperitoneallymphdrüsen. Mehrere bis kirschengroße Lungenmetastasen (markige Knoten). Mikroskopisch: in dem zur Probe excidirten Schleimhautstückchen kein Carcinom. Abschabsel der prostatischen Harnröhre zeigt lediglich Zotten, belegt mit mehrschichtigem Plattenepithel. In den Lymphdrüsen der Leiste und des Retroperitonealraumes alveoläres Carcinom, genau entsprechend der Abbildung im Centralblatt für Chirurgie 1894, November, No. 46. Das Prostatacarcinom und die Lungenmetastasen ließen sich wegen vorgeschrittener Fäulnis nicht genügend härten, sind daher nicht untersucht.

II. Über Chirol.

Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn R. Kossmann: »Über ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols«, diese Zeitschrift No. 22.

Von

R. Schaeffer, Frauenarzt in Berlin.

In No. 22 dieser Zeitschrift empfiehlt R. Kossmann das Chirol als einen vorzüglichen Ersatz für die Gummihandschuhe und als ein geradezu ideales Mittel, um die von den Händen des Operateurs drohende Infektionsgefahr abzuwenden. Dieses durch den Chemiker Dr. Hampe von der Firma J. D. Riedel-Berlin hergestellte Präparat stellt eine Ätherauflösung verschiedener Harze und Öle dar. Nach der beigegebenen Gebrauchsanweisung werden in diese Lösung die trockenen Hände 15 Sekunden hineingetaucht; alsdann lässt man den Äther bei gespreizten Fingern durch ruhiges Halten der Hände in der freien Luft verdunsten. Nach 2—3 Minuten sind die Hände dann ganz trocken und nicht mehr klebrig. Die Vorzüge dieser Lösung sollen sein, dass ein festes, nicht rissiges Häutchen die Hände vollständig bedeckt, so dass die in der Epidermis sitzenden Keime nicht nach außen hindurchtreten können, dass das Tastvermögen gänzlich unbeeinflusst ist, und dass sich dieser Überzug in Spiritus leicht wieder entfernen lässt.

Auch wenn man nicht auf dem Standpunkte Kossmann's steht, dass es direkt »unmöglich ist, die lebende menschliche Haut keimfrei zu machen«, so ist doch zuzugeben, dass die Erfindung eines zuverlässigen, festhaftenden, wasserdichten Überzuges über die Hände, welcher das Tastgefühl nicht beeinträchtigt, eine gewisse Förderung der Händedesinfektionsfrage bedeuten würde. Denn auch Diejenigen, welche diese »Unmöglichkeit« bestreiten, werden anerkennen, dass die sichere Keimfreimachung der Hände ein immerhin ungewöhnliches Maß von Übung und Energie voraussetzen; dass aber die

Gummihandschuhe eben wegen der durch sie bedingten Beeinträchtigung des Tastgefühles außerordentliche Nachtheile haben, wird wohl selbst von denen, die sie verwenden, zugegeben.

Seit Jahren mit Versuchen über Händedesinfektion beschäftigt, hatte ich ein lebhaftes Interesse, dieses von so geschätzter Seite so warm empfohlene Mittel selbst auszuprobiren. Auf meine Anfrage an die chemische Fabrik von J. D. Riedel erhielt ich die Mittheilung, dass 2 Kilo Chirol, Preis 10 Mark, erforderlich seien, dass dieses Quantum aber lange vorhielte.

Die ersten Versuche wurden genau nach der Kossmann'schen Vorschrift gemacht: In ein etwa 25 cm hohes verschließbares Präparatenglas mit weiter Mündung wurde bis zu $^2/_3$ Chirol hineingegossen und erst die eine, dann die andere Hand etwa $^1/_2$ Minute hineingehalten, so dass die Flüssigkeit bis über das Handgelenk stieg. Alsdann wurde bei gestreckten, gespreizten, nach oben gerichteten Fingern die völlige Eintrocknung abgewartet, welche bei meinen 3 Versuchen etwa 8 Minuten dauerte. Wenn ich die Finger früher aneinander legte, oder die Hand krümmte, oder, um zu fühlen, ob noch Klebrigkeit bestünde, mit der einen Hand die andere berührte, entstand sofort eine Rauhigkeit auf dem glatten Überzuge, die eine leichte Abschülferung zur Folge hatte. Vermeidet man dies aber, so ist nach 8—10 Minuten in der That ein gleichmäßiger, glänzender, nicht kleberiger noch rissiger, die Haut nicht belästigender Überzug über der ganzen Hand zu sehen. Bei genauerem Zusehen erkennt man nun aber, dass die Dorsalfläche der Hand und der Finger mit einem viel stärkeren Überzuge versehen ist, als die gesammte Volarfläche, namentlich als die Fingerbeeren. Es scheint so, als ob die Lanugohärchen der Hand- und Fingerrückfläche das Festhalten des Harzes besonders begünstigen, und dass die auf der Vola unvergleichlich zahlreicheren Tastkörperchen, Schweißdrüsen und Cutisleisten dem Festhaften des Häutchens ein gewisses Hindernis bereiten. Dieses verschiedene Verhalten des Hand-(Finger-)rückens und der Hohlhand wird aber noch deutlicher, wenn man durch leichtes Reiben das Häutchen zu entfernen sucht. Während man auf dem behaarten Handrücken energisch reiben kann, ohne dass sich eine Abschülferung bemerkbar macht, genügt ein einfaches mehrmaliges Reiben der Fingerbeeren, um große Partien derselben des Häutchens zu berauben. Auch ein einfaches Gegendrücken der Finger gegen ein Handtuch lässt die unbedeckte Haut zum Vorschein kommen. Man erkennt dies ohne Mühe und völlig unzweideutig einmal an dem Rauhwerden, d. h. Abschülfern der geriebenen Flächen, und ferner daran, dass die in der Nachbarschaft glänzende Oberfläche des Häutchens an diesen Stellen dem rauhen Aussehen der normalen Haut Platz gemacht hat.

Nun berichtet Kossmann, dass er, um die Widerstandsfähigkeit des Häutchens zu erweisen, mit der chirolgetränkten Hand Kegel geschoben und erst bei der 30sten Kugel eine Abschülferung

bemerkt habe. Um diese deutlicher zu beobachten, habe er das Chirol durch alkoholische Anilinblaulösung gefärbt. Auch dieser Versuch musste natürlich nachgeprüft werden, doch glaubte ich auf das Kegelschieben verzichten zu dürfen. Es wurde daher in ein mit Chirol gefülltes Becherglas bis zur Grünblaufärbung koncentrirte alkoholische Methylenblaulösung gethan und die Finger hineingetaucht. Wenn man nun nach dem Eintrocknen die Finger leicht rieb, so war zwar die rauhe Abschülferung in gleicher Weise wie vorher bemerkbar, der Unterschied zwischen den geriebenen und nicht geriebenen Stellen war aber für den Gesichtssinn viel weniger deutlich, weil die diffuse Blaufärbung der Haut selbst ein scharfes Erkennen verhinderte.

Diese Modifikation des Versuches durch Blaufärbung des Chirols beeinträchtigt nur das genaue Sehen. Die Thatsache, dass sich das Chirol von der Hohlhand und besonders von den Fingerbeeren durch sanftes Reiben in wenigen Sekunden abwischt, ist zweifellos und kann von Jedem, der die Ausgaben für die Beschaffung des Präparates nicht scheut, jederzeit kontrollirt werden.

Mit der Konstatirung dieser Thatsache aber ist das Chirol für den vorgeschlagenen Zweck einfach werthlos. Gerade die Hohlhand und die Fingerbeeren sind es, die mit den Wunden, Instrumenten, Fäden, Tupfern vorwiegend in Berührung kommen und sich an ihnen reiben.

Es ließe sich nun aber denken, dass trotz der Abschülferung des Chirolhäutchens eine feine, ölig-harzige Imprägnirung der Haut zurückbleibt, die ein Hindurchtreten der in der Haut sitzenden Keime zu verhindern im Stande ist.

Um diesen Einwand zu widerlegen und die Werthlosigkeit des Chirols für die Händesterilisation direkt zu erweisen, wurde folgender bakteriologischer Versuch unternommen:

Auf eine 6 Tage alte Schrägagarreinkultur des Bacillus prodigiosus wurden 5 g sterilen Wassers gegossen und die Kultur mit dem Wasser vermengt; diese Aufschwemmung goss ich mir tropfenweise auf die Hände und verrieb sie bis zur Eintrocknung in die Haut. Alsdann wusch ich mir in fließendem Wasser (ohne Anwendung von Seife oder Bürste) die Hände, um die Mehrzahl der locker aufsitzenden Keime wieder zu entfernen. Nach energischem Abtrocknen wurden beide Hände je $^3/_4$ Minuten lang in die Chirollösung bis zum Handgelenk getaucht und das Eintrocknen volle 15 Minuten lang abgewartet. Inzwischen hatte mein Assistent, Herr Dr. Straus, 2 sterile Petrischalen mit verflüssigtem, auf 50° abgekühltem Agar gefüllt. In diese wurden jetzt die 5 Fingerspitzen beider bisher völlig unberührten Hände eingetaucht und in derselben Weise in dieser dickflüssigen Lösung hin und her bewegt, wie man es bei Händedesinfektionsversuchen früher (nach dem Vorschlage von Kümmell) zu machen pflegte. Ich sage früher, weil wir heute wissen, dass man mit dieser Methode noch gar nicht die ganze Größe der Händeverunreinigung kennen lernt, da nur die ganz oberflächlich sitzenden

und ganz leicht entfernbaren Keime bei dieser Methode sich ablösen.

Das Eintauchen der Fingerspitzen dauerte höchstens 10 Sekunden.

Nach 5 Tagen Zimmertemperatur (22° C) waren in dem einen Schälchen 2, in dem zweiten Schälchen eine nicht genau zählbare Anzahl blutfarbener Prodigiosuskulturen gewachsen. Die Kolonien in dem zweiten Schälchen waren zusammengeflossen, so dass sie nicht mit Sicherheit zu trennen waren. Ich schätzte sie etwa auf 8—10 Herde. Außerdem waren auf beiden Schalen je 12—15 weiße und gelbe Kolonien aufgegangen. — Nicht ganz unwichtig ist es, zu erwähnen, dass peinlichste Sorgfalt angewandt war, um beim Öffnen der Platten und Eintauchen der Finger eine zufällige Luftinfektion zu vermeiden. Zu diesem Zwecke waren die 3 Hauptstadien des Versuches in 3 verschiedenen Zimmern meiner Poliklinik vorgenommen worden. In dem ersten Raume inficirte ich die Hände, wusch und trocknete sie; in dem zweiten Zimmer tauchte ich die Hände in das Chirolgefäß; in dem dritten (seit 24 Stunden nicht betretenen) Zimmer ließ ich das Chirol eintrocknen und nahm unter Assistenz die Überimpfung auf die Petrischalen vor. Durch das Angehen der Prodigiosuskulturen in beiden Schalen wird dasselbe bewiesen, was die makroskopische Betrachtung der in Chirol getauchten Hände schon ergab, dass nämlich der Chirolüberzug bei der leisesten mechanischen Berührung sich abschülfert und für die Bakterien der Haut durchlässig wird.

Ob die nicht geringe Anzahl sonstiger Keime, die sich auf den Platten fanden, aus der Haut selbst stammten, oder während des Trocknens der Hände aus der Luft an diese herangeflogen sind, mag dahingestellt bleiben. Im letzteren Falle würden diese Keime beweisen, dass das Eintrocknen der Hände, wie es Kossmann auch vorschlägt, in einem geschlossenen Gefäße unter filtrirtem Luftstrome vor sich gehen muss, um nachträgliche Verunreinigung hintanzuhalten.

Nachdem somit nachgewiesen ist, dass der Zweck: die Hände während der Operation mit einer undurchdringlichen Hülle zu umgeben, mittelst des Chirols nicht zu erreichen ist, erübrigt es sich, auf die Kostspieligkeit und Umständlichkeit des ganzen Verfahrens im Einzelnen hinzuweisen.

Wenn aber Kossmann den Rath giebt, es den Hebammen zur Pflicht zu machen, sich des Chirols bei ihrer Thätigkeit zu bedienen, so ist zu erwidern, dass, wie die Verhältnisse in der Hebammenpraxis einmal liegen, mit der Empfehlung solchen Mittels die gründliche Händedesinfektion vor und nach jeder inneren Untersuchung, das A und das O jeder geburtshilflichen Aseptik, einfach in den Hintergrund gedrängt würde.

Gerade in der Hebammenpraxis sollten neuere Mittel nur eingeführt werden, wenn sie jahrelang und vielseitig erprobt und als bewährt befunden worden sind.

Berlin, den 5. Juli 1900.

---

1) Evler. Antiseptische Harzkollodiumlösungen und Improvisiren der regelrechten Händedesinfektion.

(Fortschritte der Medicin 1900. No. 23.)

Der vorliegenden Mittheilung liegt der Gedanke zu Grunde, dass sich mit einem brauchbaren Hautlack auch das für die Kriegschirurgie wichtige Improvisiren der regelrechten Haut- und Händedesinfektion leicht erreichen ließe.

Verf. glaubte in ätherischen Harzkollodiumlösungen einen für chirurgische Zwecke verwendbaren Lack gefunden zu haben. Bei Bewegungen der Haut treten in den ersten 15—20 Minuten keine Risse in dem Lacke auf. Inficirte Gazeläppchen verlieren durch Eintauchen in die sterilen Harzkollodiumlösungen die Fähigkeit, Keime in den Nährmedien zu entwickeln, Hautgewebsstückchen jedoch nicht. Die trotz vorheriger Infektion mit sporenhaltiger Kartoffel- oder Heubacillenkultur in Harzkollodiumlack getauchten Hände erwiesen sich bei Eindruck in Gelatineplatten keimfrei; doch mit zunehmender Hautsekretion mehrten sich die Keime; der Schweiß macht Öffnungen im Lack; auch bei regelrecht desinficirten Händen wurde der Keimgehalt des Schweißes nicht geändert. Es wurden desshalb dem Lacke zum Abtödten der Keime verschiedene Antiseptica, unter denen sich 2‰iger Sublimatlack am besten bewährte, zugesetzt. Eitererreger werden trotz Einlagerung in Eiweiß in 20 Minuten in der Sublimatlacklösung abgetödtet; bei desinficirten und nicht desinficirten Händen bleiben beim Sublimatlack die mit dem Schweiße durchtretenden Keime lebensfähig. Antiseptische Harzkollodiumlösungen bieten weder als Ersatz noch als Ergänzung der Hautdesinfektion Vortheile; das neuerdings gerühmte Chirol lässt Schweiß durch, womit sein Urtheil gesprochen ist.

Zur Zeit giebt es also noch kein brauchbares Mittel zum Improvisiren der regelrechten Hände- oder Hautdesinfektion.

Kronacher (München).

2) B. Credé (Dresden). Perlkollodium.

(Sep.-Abdruck aus Allgemeiner med. Centralzeitung 1900. No. 43.)

Verf. empfiehlt als Ersatz für das gewöhnliche Kollodium das durch die chemische Fabrik Helfenberg bei Dresden zu beziehende, von Dr. Perl & Co. in Berlin hergestellte Perlkollodium, das ätherfrei ist und sich in Folge dessen beliebig lange hält, ohne einzudicken. Es trocknet etwas langsamer, die Haut, die es bildet, ist aber fester und zäher, als beim gewöhnlichen Kollodium, der Preis ist höher, als bei letzterem.

R. v. Hippel (Dresden).

3) B. Honsell. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwerthbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds in der Chirurgie. (Aus der Tübinger chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Bruns.)

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Das Präparat, mit welchen H. arbeitete, ist von E. Merck in Darmstadt hergestellt; es ist absolut frei von Säure und sonstigen Beimengungen und wird in 30%igen Lösungen in den Handel gebracht; es hält sich über $^1/_4$ Jahr, in verdünnten Lösungen auch mehrere Wochen lang unzersetzt.

Die Erfahrungen, welche H. mit diesem Präparate machte, fasste er folgendermaßen zusammen:

3%iges WSO ruft schwere Veränderungen an frischem und defibrinirtem Blute hervor, wenn es in genügenden Quantitäten mit demselben vermischt wird. Es tödtet ferner Infusorien und wahrscheinlich auch andere isolirte zellige Elemente.

Lebendes Gewebe des Körpers erleidet durch 3%iges WSO keine schwereren auf chemischen Processen beruhenden Veränderungen. Unter besonderen, übrigens bei der therapeutischen Anwendung des WSO kaum in Betracht kommenden Umständen werden aber beim Kaninchen Gewebsläsionen beobachtet, welche auf das Freiwerden größerer Gasmassen, also ein rein mechanisches Moment, zu beziehen sind.

Das lebende Thier wird durch WSO-Injektionen ins Blut, das Peritoneum oder Unterhautzellgewebe getödtet, wenn die Menge des verwandten WSO eine gewisse Dosis überschreitet. Der Tod ist alsdann verursacht durch Gasembolie der Lungen.

Es ist nicht bewiesen, dass lebende Thiere oder Menschen auch noch in anderer Weise als durch Gasembolie von WSO eine allgemeine Schädigung erfahren können.

Bei Anwendung von 3%igem WSO auf freie Flächen und offene Höhlungen sind keinerlei bedrohliche, weder lokale noch allgemeine Erscheinungen, selbst bei Verwendung größter Dosen zu befürchten.

Ist die Katalyse des WSO durch organisirte Substanzen in manchen Fällen von deletärer Wirkung auf den Organismus, so dürfen wir aller Wahrscheinlichkeit nach in ihr doch auch wieder einen gewissen Selbstschutz des Körpers sehen, in so fern als sie eine intensive und dauernde Einwirkung des WSO auf lebende Gewebselemente verhindert.

Für die Praxis folgert aus den bisherigen Ausführungen, dass, abgesehen von Injektionen in geschlossene Räume des Körpers, 3%ige Lösungen in beliebigen Quantitäten verwendet werden dürfen.

3%iges WSO ist dem 1‰igen Sublimat in wässerigen Lösungen gleich zu stellen, in eiweißreichen und zellarmen Medien überlegen; in zellreichen Flüssigkeiten wirken beide gleich schlecht.

Die baktericide Kraft des 1,5%igen WSO steht unter der des Sublimates in wässerigen, über derselben in eiweißhaltigen, zellarmen Medien.

Essigsaure Thonerde kann in 2%iger Lösung mit WSO in keiner Weise konkurriren. Finden sich die Bakterien in organischen Flüssigkeiten, so nimmt die antiseptische Kraft des WSO ab, und zwar desto mehr, je energischer die betreffende Flüssigkeit das WSO katalysirt.

Soweit aus den Reagenzglasversuchen auf die Praxis geschlossen werden darf, können wir nach den geschilderten Untersuchungen annehmen, dass zwar WSO überall da kräftige antiseptische Wirkungen entfalten wird, wo es, wie z. B. bei der Desinfektion von Urin, Trinkwasser etc., außer Berührung mit erheblichen Quantitäten organisirten Materials steht; dass es dagegen in der Wundbehandlung, wo sich die Mikroben inmitten von Eiter, Blut und sonstigen stark katalysirenden Elementen befinden, kaum batericid wirken wird, wie es auch für die beiden verglichenen Mittel, das Sublimat und die essigsaure Thonerde, gilt.

Für die Verwendbarkeit des WSO in der Wundbehandlung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

WSO besitzt einen günstigen Einfluss auf den Verlauf eiternder und ganz besonders jauchiger und gangränöser Processe.

Auf frische Operationswunden gebracht, übt es keinerlei lokal oder allgemein schädigende Nebenwirkungen aus.

Die Ursache für den Einfluss auf septische Processe ist in erster Linie in mechanischen Momenten, in der Verschäumung der Wundsekrete zu suchen.

Die chemische Einwirkung des WSO Kraft des nascirenden Sauerstoffs auf Bakterien in Wunden ist nicht nachweisbar.

Möglicherweise findet auch eine direkte Einwirkung des WSO resp. O auf das Gewebe selbst statt.

Die durch Verschäumung bewirkte Reinigung der Wunden zugleich mit seiner absoluten Unschädlichkeit sichert dem WSO eine gewisse Überlegenheit vor Sublimat und essigsaurer Thonerde.

Als Hämostaticum scheint WSO für die otorhinologische und die gynäkologische Praxis nicht ohne Werth zu sein; ausgezeichnet ist die desodorisirende Wirkung des Mittels.

R. v. Hippel (Dresden).

---

4) G. Brunner. Über das lösliche Silber und seinen therapeutischen Werth.

(Fortschritte der Medicin 1900. No. 20.)

Das von Credé als Antisepticum empfohlene, zum Theil von Anderen gewürdigte Silberpräparat — Argentum colloidale — ist bislang in seiner Wirkung auf den Organismus nicht studirt. Die Löslichkeit so wie die Beständigkeit der Lösungen des kolloidalen Silbers lassen sowohl in wässerigen, wie in eiweißhaltigen Lösungen

viel zu wünschen übrig. Das kolloidale Silber ist nur zum Theil löslich, unbeständig, die Koncentration der Lösung wechselt durch Ausfallen von Partikelchen ungelösten Metalls; nur aus Blutserum mit einer wässerigen Lösung von Argent. colloid. wird das Silber nach Zusatz von Bouillon oder Gelatine nicht mehr gefällt.

Neben sehr ausgesprochenen bakterienhemmenden Eigenschaften besitzt jenes Mittel nur eine sehr geringe baktericide Wirkung. Subkutan injicirt wird es im subkutanen Zellgewebe gefällt und wenig oder gar nicht resorbirt; in die Ohrvene injicirt, macht es keine allgemeinen Erscheinungen.

Bei Injektion in die Blutbahn steigt die Zahl der Leukocyten bereits in wenig Stunden, um nach 48 Stunden zur Norm zurückzukehren; erneute Injektion ruft enorme Steigerung der weißen Blutkörperchen hervor; auch die inneren Organe erleiden hierbei Veränderungen. Auf allgemeine Eiterinfektion besitzt das kolloidale Silber, selbst in großen Dosen, gar keinen Einfluss, in keinem Falle hat es Bakterien im Organismus vernichtet (Versuche während ausgesprochener Leukocytose).

Auch mit Toxinen fielen die Versuche negativ aus.

(Wenn Verf. sich von den Klinikern weitere, günstige Erfahrungen erhofft, so wünschen andererseits die Kliniker weitere experimentelle Studien über dieses Silberpräparat und seine Wirkung auf den inficirten Organismus u. A. Denn eine einzige experimentelle Arbeit, deren Versuche mit Thieren verhältnismäßig geringe waren und außer auf eine Hündin nur auf Kaninchen sich erstreckten, kann noch lange nicht über Tod und Leben eines solchen Mittels entscheiden. Ref.) **Kronacher** (München).

---

5) **W. Stokes.** Some experiences at the military hospitals, Mooi-River, Natal.

(Brit. med. journ. 1900. April 28.)

S. hält die Entfernung steckengebliebener Geschosse und Geschosstheile für geboten. Die Beweglichkeit derselben könnte vielleicht üble Folgen haben. Dann soll die Entfernung dazu dienen, den Verwundeten zu beruhigen. Das letztere hält S. für Grund genug, um die Extraktion zu befürworten. (Die Verletzten werden sich auf die Dauer auch mit ihrem Stück Blei, falls dasselbe keine Beschwerden macht, beruhigen. Danach müsste eigentlich jeder Fremdkörper extrahirt werden. Die Feststellung des Sitzes mittels Röntgenaufnahmen verlockt ja dazu. Ob es aber gerechtfertigt ist, in der Tiefe zu suchen, was meist doch einen beträchtlichen Schnitt und eine erhebliche Durchtrennung von Muskelgewebe erfordert, so dass unter Umständen, von Allem anderen abgesehen, Narben zurückbleiben, die hinderlicher sind als der zurückgebliebene Fremdkörper, das dürfte doch noch sehr fraglich erscheinen. Ref.)

Weiss (Düsseldorf).

---

6) **Kiliani.** Zur Diagnose und Therapie chirurgischer Gelenkerkrankungen.

(New Yorker med. Monatschrift 1900. No. 2.)

In vorliegender Arbeit bespricht Verf. an der Hand einzelner interessanter Fälle die verschiedenen Formen der Gelenkerkrankungen. Hervorzuheben ist eine Reihe von Fällen schwerer Funktionsstörungen nach Schultergelenksverletzungen, myogene Lähmungen im Charcot'schen Sinne. Ganz besonders eingehend behandelt Verf. die gonorrhoischen Erkrankungen der Gelenke. Er hat 7 Fälle von gonorrhoischer Kniegelenksentzündung gesehen, sämmtlich Leute unter 30 Jahren betreffend, mit noch akuter Gonorrhoe der Genitalien. Alle seine Fälle endeten mit völlig freier Beweglichkeit; er schreibt dieses gute Resultat seiner Therapie zu, welche in Auswaschungen des Gelenkes besteht, ohne irgend welche Ruhigstellung; nachher wendet er trotz heftiger Schmerzen Massage und Heißluftbehandlung an; besonders letztere scheint ihm günstig zu wirken. Ferner sind mehrere Skiagramme wiedergegeben, auf denen luetische und tuberkulöse Knochenherde deutlich zu erkennen sind; in einem Falle sogar ein Herd im 6. Halswirbel. Diese Fälle sind dann nach atypischen Resektionen geheilt. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

7) **Stembo-Wilna.** Über die schmerzberuhigende Wirkung der Röntgenstrahlen.

(Therapie der Gegenwart 1900. Juni.)

»Die peripheren Nerven der von der Röntgenröhre bestrahlten Partie werde durch die elektrische Ladung der Luft zart gereizt; hierdurch wird eine Funktionshemmung der in der Tiefe sich befindenden Gefühlsnerven erreicht(!)«, so glaubt S. seine stupenden Erfolge mit der »Röntgenisation« bei aller Art von Neuralgien deuten zu können. Von 28 Kranken wurden 21 = 75% geheilt, darunter Fälle von Ischias, Occipital-, Supraorbitalneuralgien etc.

Eine kritische Besprechung dieser Entdeckung S.'s hält Ref. für überflüssig. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

8) **F. Lejars.** Traité de chirurgie d'urgence. II. Auflage.

Paris, **Masson**, 1900.

Bereits in 2. Auflage erschienen, hat das Werk von berufener Seite (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie) sehr günstige Beurtheilung gefunden. Was die 1. Auflage vermissen ließ, hat die 2. zum Theil schon nachgeholt, indem der Lokalanästhesie und der Phlegmone besondere Abschnitte gewidmet sind. Im überaus weitgesteckten Rahmen dieses Lehrbuches ist ziemlich die ganze moderne Operationstechnik, und zwar zum Theil mit größter Gründlichkeit besprochen, so die Chirurgie des Schädels und besonders des Bauches (Brüche!). Ausführlich behandelt sind auch die Verrenkungen,

deren Repositionsmanöver fast kinematographisch durch Abbildungen veranschaulicht sind. Dabei ist die Schreibweise glatt und klar, dank den bekannten Schlagworten der französischen Medicinersprache, vielfach belebt von Beispielen aus der Litteratur und des Verf. eigener Erfahrung. Der Hauptsache nach ist das Werk operative Technik, wobei jedoch der Diagnose und der Indikationsstellung volles Recht geworden.

Ist es nun einerseits werthvolle Anleitung für die eiligen operativen Eingriffe, so scheint andererseits nicht viel Rücksicht darauf genommen, was die Chirurgie d'urgence des Praktikers gewöhnlich ausmacht: die erste Hilfeleistung bei Verletzten (sog. Nothverband), Herstellung der Transportfähigkeit, Leitung des Transportes. Uns sind diese Dinge geläufig aus den Lehrbüchern der Kriegschirurgie, und ihre richtige Handhabung ist doch oft ausschlaggebend für die Erfolge des Fachchirurgen, der den unter Dach Gebrachten in Behandlung nimmt. Wenn diese Seite der Chirurgie d'urgence in der nächsten Auflage mitbeleuchtet wird, so finden wir dann vielleicht auch ein Wort von den Verbrennungen, die wohl auch in den Bereich des Titels gehören. **Christel** (Metz).

---

9) **L. Picqué** et **Dartigues.** Scapulectomie ou ablation primitive et totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur dans les tumeurs malignes de cet os. Indications, résultats, statistiques et technique opératoire.

(Revue de chir. 1900. No. 4.)

Die Arbeit geht von einem sehr eingehend beschriebenen, von P. operirten Falle von Myeloidsarkom des rechten Schulterblattes aus, bei welchem es gelang, das letztere mit einem Theile des Schlüsselbeines unter Erhaltung des Armes vollständig zu entfernen und bei der noch fast 2 Jahre später recidivfrei gebliebenen Pat., welche einen zweckmäßigen Stützapparat trägt, eine leidliche Gebrauchsfähigkeit des Armes zu erzielen. — In den an die Mittheilung dieser Krankengeschichte angeschlossenen Tabellen werden die aus der Litteratur gesammelten Fälle von theilweiser oder vollständiger Exstirpation des Schulterblattes wegen bösartiger Neubildungen aufgeführt, und es ergeben diese Statistiken folgende Resultate: 1) 15 Fälle von Exstirpation der Geschwulst: 2 gestorben, 4mal rasch, 2mal nach $^1/_2$—1 Jahr eingetretenes Recidiv; 2 Fälle (von Enchondrom und »Encephaloid«) seit $1^1/_2$ resp. 8 Jahren gesund. 2) 22 Fälle von Exstirpation des Schulterblattes mit Erhaltung des Akromions, Proc. coracoid. und der Cavitas glenoidalis: 6 gestorben; 4mal Recidive (bei 1 Fall nach 4 Jahren). 3) 35 Fälle von totaler Skapulektomie: 6 gestorben; 7mal rasches, 6mal nach längerer Zeit eingetretenes Recidiv. 4) 6 Fälle von Totalexstirpation mit Resektion des Oberarmkopfes: 1 gestorben; 1mal Recidiv. Können diese Zusammenstellungen nun auch desshalb, weil bezüglich zahlreicher Fälle das

weitere Schicksal unbekannt geblieben ist und ein Theil der Operationen noch der Zeit vor der Antiseptik angehören, besonderen Werth nicht beanspruchen, so ergiebt sich doch immerhin aus ihnen, dass die totale Schulterblattexstirpation keine größere Sterblichkeitsziffer hat, als die theilweise und für bösartige, auf das Schulterblatt beschränkte und abgekapselte Neubildungen Berechtigung besitzt, zumal auch die funktionellen Resultate nach ihr in 12 Fällen als ausgezeichnete und selbst bei Resektion des Oberarmkopfes in 3 als gut angegeben sind. — Im Weiteren geben die Verff. eine detaillirte Schilderung der von ihnen auch an Leichen studirten totalen Schulterblattexstirpation; wir heben daraus unter Hinweis auf die Arbeit und die ihr beigefügten Zeichnungen kurz Folgendes hervor: Die Operation setzt sich aus acht Akten zusammen: 1) Hautschnitte, a. ein 18—20 cm langer, fast senkrecht längs des lateralen Schulterblattrandes verlaufender und oben noch 5—6 cm lang dem Schlüsselbein parallel ziehender, b. horizontaler, der Spina scapulae paralleler. 2) Ablösung der Hautlappen. 3) Abtrennung der Ansätze des Mm. deltoides subscapularis, supra- und infraspinatus und teres minor. 4) Nach Eröffnung der Schultergelenkskapsel Ausrenkung des Oberarmkopfes, Ablösung der Kapsel im unteren Theile (Gefäße, Nerven!). 5) Resektion des äußeren Drittels des Schlüsselbeines. 6) Abtrennung der am Proc. corecoid. inserirenden Muskeln. 7) Durchschneidung der Ansätze des M. trapez., angular., rhomboid., serrat. maj., teres major, Caput long. des M. triceps. (Art. subscap., Art. u. V. scapul. inf.). 8) Fixation des Oberarmkopfes — nach Entfernung des Schulterblattes — etwas nach hinten, Naht der Muskeln und Haut, Gazetamponade oder Drainage. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Rochet.** Valeur de la voie d'approche antérieure pour certaines résections de la hanche.

(Revue de chir. 1900. No. 4.)

R. rühmt der vorderen Schnittmethode zur Hüftgelenksresektion auf Grund seiner in 7 Fällen damit gemachten Erfahrungen nach, dass sie, subperiostal und mit Erhaltung der Muskel- und Sehnenansätze ausgeführt, die Gesäßmuskulatur und hintere Partie der Gelenkkapsel intakt lasse, das Zustandekommen einer Ankylose in guter Stellung des oberen, nicht sich am Darmbeine nach oben verschiebenden Femurendes ermögliche, den Verbandwechsel leichter und für den Pat. schmerzloser gestalte und die Möglichkeit sekundärer Infektion durch die vordere Lage der Wunde verringere. Allerdings muss Verf. zugeben, dass man bei der vorderen Operationsmethode die hinteren Theile des Gelenkes weniger gut, als bei der hinteren, übersehen könne, und dass sich eine Gegenöffnung am Gesäss zur Drainage jenes Gelenkabschnittes nicht umgehen lasse.

Kramer (Glogau).

---

11) **Bliesener.** Über die durch die Bardenheuer'sche Extensionsmethode an den Brüchen der unteren Gliedmaßen erhaltenen funktionellen Ergebnisse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 277.)

B. sucht in dieser Arbeit die von Bardenheuer ausgebildete und besonders für die unteren Gliedmaßen geeignete Frakturbehandlung mittels permanenter Extension bekannter, als sie bisher geworden, zu machen und ihre Vorzüge ins rechte Licht zu setzen. Hierbei wird die Technik des Verfahrens im Allgemeinen und bei jeder einzelnen Bruchart im Besonderen erörtert, zur Prüfung der funktionellen Resultate aber eine Statistik geliefert, welche aus den Jahren 1890—1896 die im Kölner Spitale behandelten bruchverletzten Männer betrifft, so weit diese in berufsgenossenschaftlicher Versicherung standen. Wir geben zuerst das Zahlenmaterial. Gesammtzahl der in jener Zeit behandelten Brüche der Männerstation 2119, davon 400 Betriebsunfälle, und zwar 340 entschädigungspflichtige. Die Berufsgenossenschaften haben über 315 Fälle die nachgesuchte Berichterstattung geliefert, wovon 171 die obere, 144 die untere Extremität betreffen. Die weiteren Zählungen, die letzteren angehend, folgen hier tabellarisch:

Knochenbruch	Zahl der Fälle	Vor 14 Wochen geheilt	Nach 14 Wochen geheilt	Rente überhaupt	Rente noch bezogen	Dauerrente	Durchschnittliche Behandlungsdauer
an den Zehen	9	9			0		
an den Metatarsen (meist mehrerer)	32	26	6		3	2 ?	5 Wochen
an dem vorderen Tarsus	5	5			0		5 Wochen
am Talus und Calcaneus	10	10		19	9	5 (ca. 25%)	ca. 9 Wochen
Knöchelbrüche (30)							
und zwar Brüche eines Knöchels	9	8	1	1	1 (12½%)	0	2-3 Wochen
mehr als eines Knöchels	21	18	3	3	0	0	
Subkutane Unterschenkelbrüche	15	6		9	3	2 ?	
Komplicirte Unterschenkelbrüche	3	0	3	3	2	2 ?	
Oberschenkelbrüche, subkutane	21	5		18	5	5	
Oberschenkelbrüche, komplicirte	3		3	3	3	3	

Was die technischen Mittheilungen betrifft, so ist von allgemeinem Interesse, dass B. zu den Extensionszügen Helfenberg'sches Segeltuchpflaster, zu den Ringtouren durchlöchertes amerikanisches Kautschukpflaster von Helfenberg, bei sehr empfindlicher Haut Beiersdorf'sches Zinkoxydheftpflaster gebraucht. Von Wichtigkeit ist, dass überall die Extension mit Vortheil über die Frakturstelle hinaus weggeführt werden soll, ferner, dass die Dislokation ad Axin und ad Peri-

pheriam durch Querzüge oder Rotationszüge zu bekämpfen ist. Bezüglich der einzelnen Knochen sei Folgendes bemerkt. Bei Zehenbrüchen: Extension des Beines mit leichtem Gewicht nach unten, Fixation des Unterschenkels durch leichten aufgelegten Sandsack. Die Streifen zur Zehenextension reichen dorsal bis zum Fußgelenk, plantar bis zur Ferse und greifen dann die Zehe selbst an. Extension mit 1—3 Pfund nach vorn. Es können mehrere Zehen zusammengefasst werden. Metatarsalbrüche: Verbandanordnung ähnlich wie bei den Zehenbrüchen. Extensionsbelastung 8—10 Pfund. Nach Bedarf zu Stellungskorrekturen Züge, die fußrücken- oder fußsohlenwärts wirken. Talus- und Calcaneusbrüche: Drei Extensionszüge: Am Unterschenkel mittelst einer übers Knie gehenden Schlinge, belastet mit 15 Pfund nach unten; mittelst einer die Achillessehne und Knöchelgegend achterförmig umgehenden, besonderen Tour, welche das Gelenk komprimirt, nach unten; Belastung ca. 4 Pfund. Endlich Fußextension nach vorn wie beim Metatarsalbruch. Eventuell kann durch einen weiteren Zug des Unterschenkels quer nach außen und Direktion des Längszuges nach innen starke Supination des Fußes eingeleitet werden. Malleolar- und Unterschenkelbrüche: Für die Längsstrecke wird vor Anwendung zu breiter Querbretter gewarnt. Eine Breite gleich der des Fußes genügt. Die zur Ausgleichung von Höhendifferenzen der Fragmente dienenden Züge in vertikaler Richtung können mit 6—8 Pfund auf jeder Seite belastet werden. Oberschenkelbruch: Nur selten genügt einfache Längsstreckung mit 20—30 Pfund Belastung, meist werden noch Querzüge, Rotationszüge, Züge zur Beseitigung von Höhendifferenzen am Oberschenkel und am Becken angebracht, an der Femurbruchstelle insbesondere mittelst eines Paares »durchgreifender Streifen, der eine medial-, der andere lateralwärts ziehend«. In 84 % der Fälle Heilung mit Verkürzung. — Gehgipsverbände verwirft B. im Allgemeinen. — Zu bemerken ist noch, dass bei der Statistik der Unterschenkelbrüche die den gleichen Gegenstand betreffenden sonst publicirten Statistiken eingehend verglichen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) C. H. Golding-Bird. A clinical lecture on the »riding fragment« in fractured leg.

(Brit. med. journ. 1900. April 21.)

Verf. ist zur Ansicht gelangt, dass an der Tibia die Torsionsfrakturen häufiger sind als alle anderen. Dieselbe stützt sich einerseits auf die durch das Röntgenverfahren gewonnenen Resultate, wodurch in den meisten Fällen eine Spiralfraktur festgestellt werden konnte, und dann auf die am Operationstisch gewonnenen Erfahrungen; allemal, wenn behufs Reposition eines Unterschenkelbruches ein operatives Vorgehen in Anwendung kommen musste, handelte es sich um diese Frakturform. Aus der Art des Bruches lässt sich die so häufige Erschwerung der Reposition der Fragmente erklären.

Das »Reiten« der Bruchenden, beim Biegungsbruch bedingt durch eine Verschiebung der Fragmente in der Längsachse, wird beim Spiralbruch durch eine Drehung eines Fragmentes um die Längsachse hervorgerufen. Extension hat demnach wenig Werth, die Reposition müsste durch eine Rotation in entgegengesetzter Richtung zu Stande gebracht werden. Diese Rückwärtsdrehung wird erschwert durch das Verhalten der Fibula. Letztere ist mit der Tibia durch ein festes Band verbunden, welches bewirkt, dass beide Knochen zusammen als eine einzige breite Knochenplatte zu betrachten sind. Bei einem Torsionsbruch der Tibia bricht die Fibula gewöhnlich oberhalb der Bruchstelle der ersteren. Das untere Fragment derselben wird in dem umgebenden Gewebe angespießt, die dadurch verursachte Fixation des Fibulafragmentes wirkt der Reposition der Tibia entgegen, und so kommt es, dass die reponirten Fragmente häufig nicht in ihrer Lage zu erhalten sind.

Die operative Behandlung kommt in Betracht, wenn eine Verkürzung oder schlechte Stellung des Fußes vorhanden ist, die nicht ausgeglichen werden kann. Allzustrenge Anforderungen sind nicht an die Frakturbehandlung zu stellen. Geringe Verschiebung schadet nichts, dieselbe wird im Laufe der Zeit wieder ausgeglichen.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Beitrag zu den Harnsteinen.

Von

Dr. **Zotos** in Kischinew (Bessarabien).

Über den natürlichen Ausgang der Blasensteine ist so wenig in der medicinischen Litteratur geschrieben, dass ich in den Fachschriften, welche mir hierüber zur Verfügung stehen, keinen ähnlichen Fall, wie den folgenden, gefunden habe.

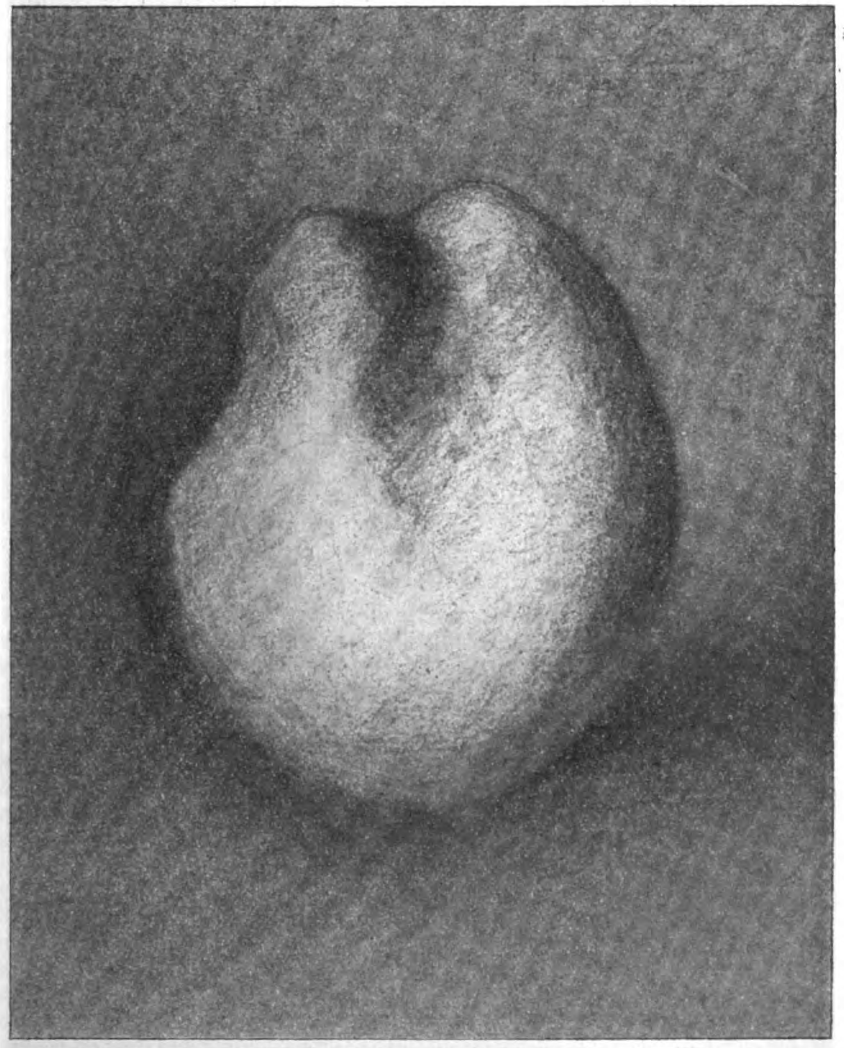
Der 45jährige Arbeiter N. N. hat am 16. Februar d. J. die chirurgische Abtheilung des Landes-Krankenhauses in Kischinew (Bessarabien) wegen Schmerzen im unteren Theile des Scrotums aufgesucht. Er giebt an, keine andere Krankheit durchgemacht zu haben; dagegen soll sein jetziges Leiden seit seiner Kindheit bestehen. Er hatte von Zeit zu Zeit Schmerzen, wenn ein Abscess am Hodensack in Bildung begriffen war; nach dessen Ausbruch hörten die Schmerzen auf. In der letzten Zeit wurden sie aber so stark, dass Pat. gezwungen war, unsere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Harnblutung oder Schmerzen in der Blase oder Harnröhre erinnert er sich nicht jemals gehabt zu haben.

Dar Kranke ist ziemlich gut genährt, der Körper zeigt außer einem Ektropium traumaticum linkerseits, welches er auch seit seiner Kindheit hat, keine andere Abnormität. Auch die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane bietet keinen pathologischen Befund. Das Scrotum ist kindskopfgroß und eiförmig mit der Spitze nach unten, die mittlere Partie ist steinhart; beiderseits oben fühlt man ganz deutlich die Hoden, deren Größe und Konsistenz normal ist. In der Rhaphe, 2 cm unter der Pars pendula penis bemerkt man einen Fistelgang und 7 cm unter diesem einen zweiten. Gleich unter dieser 2. Fistel befindet sich ein eigroßer Abscess, welcher dem Kranken in der letzten Zeit die Schmerzen verursachte. Katheter No. 16 passirt sehr leicht. Der Urin ist klar, die Urinuntersuchung zeigt ein paar weiße Blutkörperchen und Tripelphosphatkrystalle. Spec. Gewicht

1020, Reaktion alkalisch. Die Urinentleerung erfolgt theils durch die Harnröhre, theils durch die Fisteln. Mit der Sonde fühlt man durch die Fisteln einen Stein.

Am 18. Februar habe ich den Abscess unten geöffnet, die oben beschriebenen Fisteln durch einen Schnitt vereinigt und vom Septum scroti einen Stein herausgeschält. Derselbe ist fast kugelförmig mit folgenden Durchmessern:

Von oben nach unten 9 cm, von rechts nach links 8 cm und von vorn nach hinten 6 cm. Fast in der Mitte des oberen Randes befindet sich eine Rinne, wie man in der Zeichnung[1] sieht; durch diese Rinne floss der Urin in die Fisteln. Das Gewicht des Steines beträgt 345 g, und seinem Aussehen nach besteht er aus Phosphaten.



Am nächsten Tage fühlte sich der Kranke ganz gut, die Temperatur war normal, der Urin entleerte sich theilweise durch die Urethra, zum größten Theile jedoch durch die Öffnung im Scrotum.

[1] Die Zeichnung ist etwas kleiner gezeichnet als die normale Größe.

Am 21. März entleerte sich der Urin noch durch Urethra und Scrotum; die Wunde in letzterem war um die Hälfte kleiner geworden. An diesem Tage musste der Kranke auf sein Verlangen aus der Klinik entlassen werden, da er sich unter keinen Umständen halten ließ, und seitdem hat man auch nichts mehr von ihm gehört.

Es ist sicher anzunehmen, dass der Stein von der Blase aus in die Harnröhre eingekeilt wurde, sich von hier aus einen Weg in die Rhaphe gebahnt hat und dort durch Apposition von Phosphaten nach und nach bis zu der jetzigen Größe gewachsen ist.

Der Durchbruch muss natürlich in der Kindheit des Kranken stattgefunden haben, zumal sich derselbe nicht erinnert, eine Hämaturie oder Urinverhaltung gehabt zu haben.

Kischinew, Bessarabien, Russland, 16. Juni 1900.

---

13) **Herdtmann.** Zwei Fälle von traumatisch entstandener Schüttellähmung (Paralysis agitans).

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 6.)

Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle genannter Art.

Fall I. Ein 57jähriger Arbeiter erleidet durch einen Hufschlag einen rechtsseitigen Oberarmbruch. Angeblich etwa 8 Wochen nach diesem Unfalle traten an der verletzt gewesenen Extremität Zeichen von Paralysis agitans auf.

Fall II. Ein 57jähriger Arbeiter erleidet durch einen herabstürzenden Baumstamm eine Quetschung der rechten Kopf-, Schulter- und Brustseite, wobei er eine Stunde lang bewusstlos war. 4 Wochen nach dem Unfalle treten am rechten Arme deutliche, dann auch am übrigen Körper weniger ausgesprochene Zeichen von Paralysis agitans auf.

Bei beiden Fällen konnten nervös erbliche Belastung, Syphilis, Tabak- oder Alkoholmissbrauch als ätiologische Momente ausgeschlossen werden.

Motz (Hannover).

14) **H. Kaposei.** Ein Fall von Tetanus $5^1/_2$ Jahre nach einer Schussverletzung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Bei einem 24jährigen Manne stellte sich fast 6 Jahre nach einer anscheinend ausgeheilten Schussverletzung der rechten Bauchseite eine schmerzhafte Infiltration der Wundgegend ein. Bei der Operation wurde ein subdiaphragmal gelegener Abscess eröffnet und das Geschoss aus einem Fistelgange in den Bauchdecken extrahirt. 10 Tage später trat Starrkrampf ein, der rasch tödlich endete.

Verf. hält es für unwahrscheinlich, dass die Tetanusbacillen während der Operation oder der Nachbehandlung in die Wunde gelangt waren, neigt vielmehr der Annahme zu, dass dieselben mit dem Geschosse eingedrungen sind und erst durch die Operation aus ihrem Schlummer erweckt und virulent geworden waren.

Honsell (Tübingen).

15) **M. Smith.** The spontaneous disappearance of a sarcomatous tumour.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. März.)

Ein 52jähriger Pat. erkrankte zunächst an einer Geschwulst am Unterkieferwinkel, die als Lymphosarkom angesprochen wurde. Nach der Exstirpation trat ein Recidiv ein, das nach einem resultatlosen Operationsversuche von selbst verschwand. Danach stellten sich Geschwüre im Rachen und Ascites ein, um nach einiger Zeit wieder völlig zu verschwinden. Im weiteren Verlaufe traten dann an verschiedenen Körperstellen pigmentirte Geschwulstknoten auf, und der Kranke ging zuletzt an Erschöpfung zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab ein Rundzellengewebe mit zahlreichen Gefäßen.

Verf. tritt der Auffassung entgegen, dass es sich hier um Syphilis gehandelt habe, und glaubt nach dem anatomischen und klinischen Bilde ein Sarkom annehmen zu müssen, das im Anfange seiner Entwicklung spontan verschwunden sei. (Trotzdem dürfte es sich um Syphilis gehandelt haben. Ref.)

Krecke (München).

16) **R. E. Scholefield.** Treatment of lupus by the X rays.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 5.)

Lupus an der Nase wurde während 2 Monate alle 2 Tage 10—15 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Nach $3^1/_2$ Monaten war völlige Heilung eingetreten. Nachtschweiße, welche einige Monate hindurch sehr stark gewesen waren, verschwanden vollständig. Sehr phantasievoll knüpft S. daran die Frage, ob es nicht möglich ist, die frische Luft-Behandlung der Lungentuberkulose durch Behandlung mittels koncentrirter Sonnen- und Röntgenstrahlen zu ersetzen.

Weiss (Düsseldorf).

17) **C. T. Dieut.** Surgical notes from the military hospitals in South Africa.

(Brit. med. journ. 1900. April 14. 21. 28, Mai 5 u. 26.)

Das Wichtigste aus den vorliegenden Berichten ist die Besprechung der durch das Mausergeschoss gesetzten Knochenverletzungen. Gerade in Hinsicht auf diese müssen die Resultate der Behandlung im Vergleiche mit den Verwundungen früherer Feldzüge als sehr befriedigend betrachtet werden. D. glaubt aber nicht, dass die erzielten Erfolge lediglich auf Konto der Anti- bezw. Asepsis zu setzen sind. Er ist vielmehr der Meinung, dass die günstigen äußeren Verhältnisse, die Verpflegung der Verwundeten in frischer Luft, in einem günstigen Klima, bei reichlichem Sonnenscheine sehr hoch in Rechnung zu stellen sind bezüglich der Verhütung von Infektionen, welche ja in früheren Kriegen die Hauptursache der so häufigen Misserfolge darstellten. Schließlich geht D. sogar so weit, die günstigen Erfolge eher als einen Triumph der frischen Luft-Behandlung als der Anwendung der Antisepsis und Asepsis betrachten zu wollen. (Dürfte doch wohl zu weit gehen, indessen ist die Anschauung bis zu einem gewissen Grade sicherlich berechtigt, wenn man das Faktum in Betracht zieht, welches sowohl D. wie auch Andere hervorheben, dass mit dem Fortschreiten des Feldzuges die Infektionen sich häuften. Das weist darauf hin, dass später mehr Gelegenheit zur Infektion gegeben war. Die Koncentration größerer Truppenmassen in einem so wenig dicht bevölkerten Lande wie Südafrika kann wohl geeignet erscheinen, die äußeren Verhältnisse ungünstiger zu gestalten, die Gegend gewissermaßen zu inficiren. Ref.)

An den Knochenepiphysen kommen häufig Lochschüsse zur Beobachtung, namentlich an dem Knieende des Oberschenkels. Die Kniescheibe wird meist glatt durchbohrt; seltener findet sich ein Querbruch derselben. Schüsse, welche das obere oder das untere Ende des Schienbeines treffen, geben meist zu ausgedehnten Splitterungen Veranlassung. Am oberen Ende des Humerus hat D. keine Lochschüsse gesehen, wohl aber mehrfach Frakturen. Am unteren Ende des Humerus kommen häufiger einfache Durchbohrungen vor, häufiger wird jedoch ein großes Fragment vom Knochen abgebrochen. Auffallend ist die geringe Störung, wenn das Ellbogengelenk betheiligt ist. Am unteren Ende des Radius kommen öfters Lochschüsse vor, wenn die dorsale oder volare Seite getroffen ist.

Die Erfahrung D.'s spricht nicht dafür, dass bei Nahschüssen ein großer Theil des Knochens durch eine große Ausschussöffnung herausgerissen wird. Charakteristisch für die Schüsse, welche den Schaft betreffen, ist, dass meistentheils eine Schrägfraktur verursacht wird. Manchmal verläuft die Bruchrichtung sogar auffallend schräg. D. fügt verschiedene interessante Röntgenaufnahmen von Schussfrakturen des Humerus bei. Manchmal kommt eine ausgedehnte Splitterung zu Stande, wobei die einzelnen Bruchstücke in die Umgebung dislocirt werden. Gelegentlich wird auch einmal ein solches Fragment herausgerissen, und die Aus-

schussöffnung ist dem entsprechend groß und zerfetzt, ein Ereignis, welches nicht den Schluss zulässt, dass Expansivgeschosse in Anwendung gelangt sind, wie überhaupt nach D.'s Meinung der Gebrauch der letzteren ein sehr beschränkter gewesen und dieserhalb ein übertriebener Lärm gemacht worden ist. Beim Aufschlagen des Geschosses auf Knochen ist ja immer die Möglichkeit gegeben, dass dasselbe deformirt wird, und welche Bedingungen zur Formveränderung des Geschosses führen, kann noch nicht als völlig aufgeklärt betrachtet werden. Wie sich aus den beigefügten Photogrammen ergiebt, kann bei Nahschüssen die Deformirung fast fehlen, während bei Fernschüssen, bei denen die Geschossgeschwindigkeit und dem entsprechend auch der vom Knochen geleistete Widerstand geringer ist, oftmals die größten Formveränderungen vorkommen. Dem entsprechend findet sich auch bei Fernschüssen unter Umständen eine beträchtliche Knochensplitterung. (Vielleicht spielt hier das auf weitere Entfernung häufig auftretende Pendeln des Geschosses eine Rolle. Ref.)

Als Komplikation der Knochenschüsse findet sich häufiger eine erhebliche Calluswucherung und dadurch eine Beweglichkeitsbeschränkung der benachbarten Gelenke. Bei Schüssen, welche das obere Humerusende betreffen, kommt es manchmal zu einer Parese oder auch völligen Paralyse des N. axillaris. Seltener ist der N. ulnaris oder medianus, am Unterschenkel der N. peroneus in Mitleidenschaft gezogen. Neigung zur schlechten Vereinigung der Frakturenden ist nur selten anzutreffen. Gelegentlich kommen durch Knochensplitter Gefäßverletzungen vor. Osteomyelitis ist, so weit D.'s Erfahrungen reichen, nicht beobachtet worden. Amputationen wurden nur in verhältnismäßig kleiner Zahl von Fällen nöthig.

Weiterhin macht D. Zusätze zu seinen früheren Berichten. Bezüglich der Verletzungen des Bauches begründet er genauer seinen die operative Intervention ablehnenden Standpunkt. Zu beachten ist, abgesehen von dem früher Gesagten, der Zeitpunkt, an welchem meist, wenn es sich nicht gerade um einen vereinzelten Fall handelt, eine solche Verletzung in Behandlung gelangt. Stundenlang liegt der Verwundete auf dem Schlachtfelde und wird dann in ein überfülltes Feldlazarett gebracht, wo zunächst auf den Einzelnen nicht so viel Zeit verwendet werden kann. Stunden vergehen wieder, bis die Möglichkeit einer langwierigen Operation herangekommen. Dazu die für die strikte Durchführung der Asepsis ungünstigen Verhältnisse des Feldlazarettes. Schließlich ist der Verletzte entweder so kollabirt, dass man sich kaum zu einer fast aussichtslosen Operation entschließen kann, oder aber der Zustand lässt ein weiteres Zuwarten berechtigt erscheinen, und dann kommt es meist dazu, dass der Verletzte nach dem nächstliegenden stehenden Kriegslazarette transportirt wird. Jedenfalls vergehen immer 48—72 Stunden, bis die Laparotomie unter einigermaßen günstigen Bedingungen ausführbar ist.

Bezüglich der Schädelschüsse redet D. eifrig der Trepanation das Wort, namentlich bei den Rinnenschüssen, bei denen regelmäßig eine sehr beträchtliche Absprengung der Tabula interna erfolgt.

Bei den so häufig zur Beobachtung gelangenden Aneurysmen und Kommunikationen zwischen Arterie und Vene empfiehlt D. ein abwartendes Verfahren, ob dieselben zu beträchtlichen Störungen Anlass geben. Der Kollateralkreislauf stellt sich in solchen Fällen außerordentlich schnell her, und die sehr zahlreichen Gefäßverzweigungen gestalten die Operation zu einer höchst blutigen und gefahrvollen, welche die höchsten Anforderungen an den Operateur stellt.

Weiss (Düsseldorf).

18) **Brückmann.** Zur Kasuistik der Stichverletzungen der Art. subclavia in der Mohrenheim'schen Grube.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900.

In Vervollständigung der Statistik Rotter's hat B. zu den bis 1893 bekannten 15 Beobachtungen 4 weitere aus der Litteratur gesammelt (Wedekind, Thomann je 1 Fall, Ziegler 2 Fälle) und berichtet sehr eingehend über eine eigene aus der Klinik Helferich's.

Der Fall ist in so fern bemerkenswerth, als anfänglich kein Zeichen einer Verletzung der Art. subclavia vorlag und diese — linksseitig — erst am 8. Tage festgestellt wurde, als heftige Nachblutungen in Folge eitriger Infektion die Freilegung des Stichkanales veranlassten (Helferich's 1. Operation in Kiel): es fand sich ein Loch in der Wandung, die das Einführen der Fingerspitze in die Gefäßlichtung gestattete. Trotz Resektion eines 3 cm langen Stückes aus der Kontinuität der Arterie und weiter trotz, durch Erysipel und Abscedirung im Verlaufe des ganzen linken Armes, komplicirten Krankheitsverlaufes Heilung mit Erhaltung des Armes bei leidlicher Gebrauchsfähigkeit.

In dem »allgemeinen« Theile der Arbeit, der das variable Symptomenbild der Stichverletzungen der Subclaviagefäße behandelt, giebt Verf. ausschließlich die Ausführungen Rotter's und Ziegler's wieder. **Gross** (Straßburg i/E.).

19) **W. Thorburn. A clinical lecture on secondary suture of the brachial plexus.**

(Brit. med. journ. 1900. Mai 5.)

Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen, welches in eine Maschine gerathen war und dabei eine Verletzung der linken oberen Extremität erlitten hatte, über deren Natur indessen kein genauer Aufschluss zu erhalten war. 7 Monate nach dem Unfalle kam das Mädchen in T.'s Behandlung. Sie bot folgende Erscheinungen: Die ganze linke obere Extremität war völlig gelähmt und stark abgemagert. Die Mm. deltoides, pectoralis major, latissimus dorsi und teres major waren gelähmt und atrophisch, M. cucullaris leicht atrophisch, jedoch nicht gelähmt. Mm. serratus magnus, subclavius, supraspinatus waren normal. Die Mm. rhomboidei, so wie der Levator anguli scapulae waren, der Beweglichkeit der Scapula nach zu urtheilen, wahrscheinlich intakt, der M. subscapularis wahrscheinlich gelähmt.

An Hand und Vorderarm bestand komplete Anästhesie, eben so an der vorderen und hinteren Seite des Oberarmes. An der lateralen Seite desselben war die Sensibilität bis zu einem Punkte 3 Zoll unterhalb der Spina scapulae erhalten; an der medialen Seite bis 1 Zoll breit oberhalb des Condylus medialis. Bei der Annahme, dass die Mm. scaleni, longus colli und rhomboidei unversehrt, der M. subscapularis, so wie der M. pectoralis minor gelähmt seien, musste eine Läsion des Plexus brachialis außerhalb des M. scalenus medius angenommen werden.

$7^1/_2$ Monate nach dem Unfalle wurde der Plexus freigelegt. Schnitt im hinteren Halsdreieck, beginnend in Höhe des Zungenbeines, parallel dem vorderen Rande des M. cucullaris. Derselbe kreuzt das Schlüsselbein zwischen den Ansätzen des M. deltoides und M. pectoralis und reicht ca. 5 cm auf die Brust herab. Das Schlüsselbein wird durchtrennt, das lockere Bindegewebe am Halse ausgeräumt, die großen Cervicalgefäße, so wie der M. omo-hyoideus bei Seite gezogen. Unmittelbar lateralwärts der M. scaleni fand sich das centrale Ende des Plexus fest in Narbenmasse eingebettet. Der Nerv für die M. rhomboidei, so wie der N. supraclavicularis konnten identificirt werden; sie gingen von dem oberen Theile der Narbe ab. Die Narbenmasse wurde entfernt, die Nervensubstanz etwas künstlich in 3 Stränge getheilt. Etwa 5 cm entfernt fand sich das periphere Ende des Plexus, ebenfalls von Narbenmasse umgeben. Dieselbe wurde ebenfalls weggeschnitten. Das Schlüsselbein wurde vernäht. Die periphere Nervenmasse wurde in 5 Stränge getheilt. An den oberen und unteren centralen Stumpf wurden die beiden oberen bez. die beiden unteren peripheren Stümpfe angenäht; der mittlere centrale wurde mit dem mittleren peripheren vereinigt. Die Naht ließ sich ohne Spannung bewerkstelligen.

Die Heilung der Wunde erfolgte ohne Störung.

Pat. blieb 4 Monate lang in Behandlung, ohne irgend wie eine Besserung der Lähmung zu bieten. Erst $3^1/_2$ Jahre später sah T. die Pat. wieder. Sie hatte bald nach ihrer Entlassung ihre Arbeit wieder aufgenommen. 7 Monate nach der Operation traten die ersten Zeichen von Bewegung im Arme auf. Es stellte sich dann allmählich eine Besserung ein.

Aus dem nahezu 4 Jahre nach der Operation aufgenommenen Status, dessen sämmtliche Einzelheiten mitzutheilen zu weit führen würde, geht hervor, dass ein guter Theil der nervösen Funktionen wiederhergestellt ist: Sensibilität ist in der ganzen Extremität vorhanden, indessen ist die Lokalisation eben so wie Wärme- und Kältegefühl ungenügend. Die Flexoren sowohl des Ober- wie des Unterarmes sind bis zu einem gewissen Grade aktionsfähig; die Strecker dagegen weisen eine verschwindende Aktionsfähigkeit auf. Adduktion des Armes ist verhältnismäßig gut ausführbar, die Abduktion ist viel schwächer. Die Hand ist noch völlig unbrauchbar; die Finger weisen Krallenstellung auf; Abduktion und Adduktion sowohl des Daumens wie des kleinen Fingers sind in geringem Maße ausführbar.

Die Besserung muss als leicht fortschreitend angesehen werden, da eine 17 Tage später vorgenommene Untersuchung eine bessere Beweglichkeit der Finger ergab.

Weiss (Düsseldorf).

20) **W. Mysch.** Ossificatio M. brachialis interni als eine Komplikation der hinteren Luxationen im Ellbogengelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 207.)

Eine Beobachtung aus dem Militärspitale in Kaluga (Russland), einen Soldaten betreffend, dem seine Ellbogenverrenkung von einem Feldscher vielleicht etwas roh reponirt war. 3 Wochen später hatte sich unter Schmerzen vorn über dem Ellbogen eine unregelmäßige taubeneigroße Geschwulst gebildet, welche noch weiter wuchs und 6 Wochen nach der Verrenkung sich bei der Exstirpation als myositische Verknöcherung im Brachialis int. erwies. Heilung mit etwas beschränkter Ellbogenbeweglichkeit.

Ähnliche Beobachtungen sind spärlich: 3 solche liegen vor von Ollier, einige weitere von anderen französischen Autoren. M. führt aus, dass, so lange der ossificirende Muskelentzündungsprocess noch fortschreitet, ein streng exspektatives Regime ohne Massage und Gymnastik am Platze ist, dass die operative Beseitigung erst nach Stillstand der Affektion vorzunehmen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **W. W. Keen** and **W. G. Spiller.** A case of multiple neurofibromata of the ulnar nerve.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Mai.)

K. giebt die interessante Krankengeschichte eines 47jährigen Mannes, bei welchem sich im Verlaufe des linken N. ulnaris, oberhalb des Handgelenkes beginnend und bis in die Beere des Ringfingers erstreckend, 7 größere und kleinere Neurofibrome befanden, welche durch die unerträglichen Schmerzen, die sie verursachten, den Pat. zum Chirurgen trieben. Im Bereiche des Ulnaris bestand Hyperästhesie für alle Gefühlsqualitäten; nur an der medianen Seite des Ringfingers wurde Kälte weniger deutlich empfunden als rechts.

Die central im Nervenstamme gelegenen, gut abgegrenzten Geschwülste konnten unter Schonung des Nerven enukleirt werden, nur die beiden in der Fingerbeere gelegenen wurden im Zusammenhange mit dem Nerven exstirpirt.

Der Erfolg der Operation war ein vollständiger: nach $^1/_2$ Jahr bestanden keinerlei Schmerzen mehr, und Pat. konnte seine Hand vollkommen frei gebrauchen.

Im Anschlusse an den Fall von K. giebt S. eine mikroskopische Beschreibung der exstirpirten Geschwülste und eine gute Übersicht über die Litteratur dieses Gegenstandes. **R. v. Hippel** (Dresden).

22) **W. Stokes.** Clinical note on a case of fracture of the carpal scaphoid.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 5.)

Ein Mann stürzte aus einer Höhe von 5—6 m herunter und zog sich dadurch eine Verletzung der rechten Hand zu. Über die Art und Weise, wie er mit der

Hand aufgeschlagen war, konnte er keinen Aufschluss geben. Es trat eine starke Schwellung der Carpalgegend ein. Nach einigen Tagen wurde ein fixirender Verband angelegt. Als nach Verlauf von etwa 4 Wochen passive Bewegungen gemacht wurden, traten abermals heftige Schmerzen auf. Eine Röntgenaufnahme zeigte einen Bruch des Os naviculare. Nach weiterer Fixation, leichter Massage, vorsichtigen passiven Bewegungen gingen die Erscheinungen bis auf eine leichte Steifigkeit im Handgelenke zurück.

Bezüglich der Ätiologie bemerkt S., dass diese Fraktur wahrscheinlich zu Stande kommt, indem bei einem Falle die zum Schutze ausgestreckte Hand im rechten Winkel auf den Boden aufschlägt, und die angreifende Gewalt durch den Daumenballen und das Os naviculare in einer der Vorderarmachse entsprechenden Richtung wirkt. Verringert sich der Winkel zwischen Boden und Achse des Vorderarmes unter 60°, so kommt durch denselben Mechanismus eine Verrenkung des Ellbogens zu Stande. **Weiss** (Düsseldorf).

23) G. T. Beatson. The so-called »stave of thumb« or Bennett's fracture.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 5.)

B. lenkt die Aufmerksamkeit von Neuem auf die Fraktur an der Basis des I. Metacarpus, welche häufig vorkommt und für eine Verstauchung des Daumens angesehen wird. Er theilt einen weiteren Fall mit. Er betraf einen Arzt, welcher selbst nur eine schwere Quetschung seines Daumens annahm. Die lange Dauer der Funktionsstörung veranlasste ihn, B. zu konsultiren. Eine am 16. Tage nach der Verletzung aufgenommene Röntgenphotographie deckte den wahren Sachverhalt auf, eine Fraktur, welche die volare Hälfte der Gelenkfläche des proximalen Metacarpusendes von dem übrigen Knochen trennte. Der Daumen wurde in völliger Extensions- und Abduktionsstellung fixirt. Eine 2., nach Verlauf von $2^1/_2$ Wochen gemachte Röntgenaufnahme zeigte, dass die Bruchenden gut adaptirt waren. Die Funktionsstörungen gingen allmählich zurück, und die Hand wurde wieder völlig gebrauchsfähig. **Weiss** (Düsseldorf).

24) Girandeau. Gangrène de la main par embolie au cours d'une pleurésie putride.

(Presse méd. 1899. No. 6.)

Ein 42jähriger Tischler kam mit einem hochgradigen linksseitigen Empyem in Behandlung. Zu gleicher Zeit wurde bei ihm eine blau-rothe Verfärbung des rechten Armes konstatirt, mit vollkommener Pulslosigkeit und heftigen Schmerzen. Erst oberhalb des Ellbogengelenkes konnte man die Arterie wieder fühlen. Das Empyem wurde operirt und heilte in 3 Monaten aus. Die Gangrän des Armes, die man befürchtete, trat nur in geringem Maße ein; nur die beiden Endphalangen des 2. Fingers mumificirten. Dagegen blieb eine livide Verfärbung des ganzen Vorderarmes, eine mäßige Herabsetzung der Sensibilität und eine eigenthümliche Straffheit der Haut zurück.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Thrombose des Herzens und eine Embolie der Arteria brachialis handelte. Viel häufiger sind bei Empyem Embolien in Gehirnarterien beobachtet worden; Verf. zählt 5 derartige Fälle auf.

Tschmarke (Magdeburg).

25) L. Kredel. Über den Zusammenhang von Trauma, Epiphysenlösung und Coxa vara.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 161.)

K. berichtet die Beobachtung an einem $4^1/_2$jährigen Kinde, Pat. der Kinderheilanstalt in Hannover, das seit $^1/_2$ Jahre hinkte. Trauma anamnestisch nicht zu eruiren. Verkürzung des linken Beines um ca. 2 cm, als deren Grund das Röntgenbild eine Kontinuitätstrennung im Schenkelhalse, der Epiphysenlinie folgend, verbunden mit Verschiebung des Femurschaftes nach oben ergiebt. K. bespricht die



analogen Fälle von Coxa vara adolescentium traumatica, so wie sonst b
wordene Epiphysenlösungen des Schenkelkopfes bei Kindern in Folge ger
Traumen. **Meinhard Schmidt** (Cuxh

26) G. Buchanan. Large sarcomatous neuroma of the intern
teal nerve.

(Brit. med. journ. 1900. April 21.)

3 Monate nach einem Unfalle — Schlag mit einem Holzklotze
Oberschenkel dicht oberhalb des Kniegelenkes — entwickelte sich bei
jährigen Manne eine Geschwulst in der Kniekehle. 9 Monate nach de
sehr leichten Kontusion kam der Kranke in Behandlung. Die Kniekeh
einer weichen, elastischen Geschwulst ausgefüllt. Es bestanden keinerl
nungen seitens der Nerven, mit Ausnahme einer geringen Anästhesie in
sohle. Bei der Operation fand sich eine Geschwulst des N. tibialis;
des Nerven verloren sich in der Geschwulstmasse, die Nervenscheide
Geschwulstkapsel. Die Geschwulst erwies sich als ein Rundzellensar
Bein wurde desshalb im Hüftgelenk exartikulirt. Bei der anatomisch
suchung der peripherwärts von der Geschwulst liegenden Partie des Ner
sich nur sehr wenige degenerirte Fasern; die meisten wiesen keine Spu
generationserscheinungen auf. **Weiss** (Düsse

27) W. F. Brook. Lengthening of hamstrings by operation
tracture after burn.

(Brit. med. journ. 1900. April 21.)

Bei einem 14jährigen Jungen fand sich als Folge einer Verbrennu
er im Alter von 3 Jahren davongetragen hatte, eine narbige Schwimmha
welche von der Mitte des Unterschenkels zum oberen Drittel des Ob
reichte. Der Unterschenkel war nach hinten subluxirt, Streckung
rechten Winkel hinaus war nicht möglich. Nach Durchtrennung der
der sich spannenden Fascienstreifen gelang die Streckung bis 135°. U
noch weiter zu ermöglichen, versuchte B. die Sehnen an der Hinterseite
schenkels zu verlängern. In die Bicepssehne machte er einen ca. 3
Längsschlitz, welcher bis nahe an den Ansatz derselben reichte. Sod
trennte er quer die eine Hälfte der Sehne am oberen Ende des Sch
der einen Seite, die andere Hälfte am unteren Ende nach der entgeg
Seite. Die so erhaltenen Stümpfe wurden der Länge nach verschob
ihren Enden vernäht. Wegen der Dünne der Sehnen ließ sich das Ve
den Sehnen des M. semimembranosus und semitendinosus nicht ausfü
Sehne des letzteren wurde desshalb nahe dem Ansatze, diejenige des erst
höher in der Nähe des Muskelbauches quer durchtrennt, und sodann d
Stumpf der Sehne des M. semitendinosus mit dem peripheren der Se
semimembranosus vernäht. Der centrale Stumpf des Semimembranos
periphere der Sehne des M. semitendinosus wurden in der von ihnen
menen Lage mit der so gebildeten langen Sehne vernäht. Gewichtsexte
wand die Spannung der verkürzten Nerven und Gefäße der Kniek
3 Wochen war die Streckung bis auf 150° möglich. Nachdem nun
Hauttransplantation in der Kniekehle gemacht war, erschien nach 5 M
völlige Beweglichkeit des Gelenkes wiederhergestellt.

Verf. hält das eingeschlagene Verfahren für rationeller, als die ein
tomie. **Weiss** (Düss

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrü
man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an
handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, **F. König**, **E. Richter**,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 11. August.** **1900.**

I. Über die Anwendung von entzündungserregenden Mitteln bei der Wundbehandlung.

Von

Dr. G. **Meyer** in Gotha.

Eine zielbewusste Wundbehandlung erstrebt in erster Linie die Sicherheit der Heilung, d. h. die Fernhaltung von Wundmykosen, in zweiter Linie die schnelle Verwachsung der getrennten Schichten. Da wir für die zuletzt genannte Aufgabe nicht viel thun können, kommt in praxi Alles darauf an, die Mykosen, d. h. die Auskeimung eingeführter Eiterkokkenkeime zu verhindern. Man sucht dieser Aufgabe heut zu Tage dadurch nachzukommen, dass man in Instrumenten, Verbandmaterialien und in der umgebenden Haut so viel als möglich Keimfreiheit schafft.

Es ist jetzt allgemein bekannt, dass man nur relative Keimfreiheit erreichen kann, und dass man auch bei peinlich durchgeführter Asepsis darauf rechnen muss, dass Eiterkokkenkeime in die Wunde gelangen. Damit ist aber die Grenze der Leistungsfähigkeit der reinen Asepsis gegeben. »Absolute Asepsis« giebt es nicht.

Die antiseptische Methode wird heute meist aufgefass
weniger einfache und weniger leistungsfähige Methode, u
Keimfreiheit der mit der Wunde in Berührung kommend
stände und der Wundumgebung zu schaffen. Früher war ma
eine keimtödtende Wirkung in das Körpergewebe hinein an
Wie diese zu Stande kommen sollte, wäre aber schwer zu
Bei an einander liegenden Wundflächen dringt die Flüssig
ein, bei offenen Wunden dringt ein Flüssigkeitsstrom aus d
Gewebsspalten nach außen; und außerdem würden die anti
Mittel jenseits der Wundgrenze bald so verdünnt werden
den mit eindringenden Eiterkokken nicht verderblich werde

Keimfreiheit war also das Princip. Man erstrebte ei
heilung ohne jeden Reiz. An der geheilten Wunde so
Wochen nicht ein Faden feucht sein, kein Tropfen Sek
sondert sein und keine Spur von Röthung sich finden.

Der ideale Zustand steht so recht im Gegensatze zu
heilung von Oberflächenwunden. Denn die natürliche Heil
Wunden geht mit Röthung und einem meist mäßigen G
Entzündung vor sich, da Mikroorganismen, sowohl Eiterk
Schmarotzer, überall sind und früher vorhanden waren, als
thierkörper ausgebildet war.

Nun könnte man in praxi mit diesem Laboratoriumszu
Wunden, wie ihn die Asepsis anstrebt, zufrieden sein, ohn
weichen von dem von der Natur vorgezeichneten Wege
flächenwundheilung zu bedauern, wenn die Resultate d
Asepsis thatsächlich so gut wären. Aber abgesehen von de
lichkeit, an vielen Körperstellen auch nur annähernd Ke
herzustellen, lehrt doch die Erfahrung, dass besonders bei
geschwächten Leuten die Resultate weit davon entfernt sin
mäßig ideale zu sein.

Die Erfahrungen der Asepsis bei geschwächten Körpe
nur die längst bekannte Thatsache wieder, dass das Körp
selbst, welches die rein aseptische Methode als wehrlosen G
behandelt, von großem Einfluss auf die Fernhaltung von My

Eine zielbewusste Wundbehandlung sollte aber versuch
auf das Körpergewebe an der verwundeten Stelle einzuwi
die längst bekannten Abwehrvorrichtungen gegen Bakterien
in ihren Dienst zu stellen.

Wir wissen, dass die Entzündung, theoretisch betracht
eine Theilerscheinung der Mykose ist, sondern eine Abwehr
im Körpergewebe.

Der recht eigentliche Reiz, der Entzündung macht, ko
den Stoffwechselprodukten der Bakterien. In weit unvollkom
Maße reagirt der Entzündungsmechanismus auf andere R
z. B. auf Druck.

Die Entzündung verwandelt das intercellularsubstanzre
webe der exponirten Körpertheile, z. B. eines Fingers, in z

Gewebe, extemporirt gleichsam auf den Toxinreiz adenoides Gewebe, wie schon normalerweise der Weg des Saftstromes nach dem Blutgefäßsysteme mit adenoidem Gewebe ausgestattet ist, das um so reichlicher entwickelt ist, je mehr der Oberflächenabschnitt von Invasion von Mikroorganismen bedroht ist. Nun sind wir im Stande, künstliche, d. h. nicht durch Mikroorganismen hervorgebrachte Entzündung an Oberflächenorganen in jedem beliebigen Grade herzustellen.

Nicht nur durch die sterilisirten Stoffwechselprodukte der Bakterien, sondern auch durch verschiedenartige chemische Mittel können wir sowohl leichte entzündliche Blutfülle, als auch aseptische Eiterbildung hervorrufen.

Die Wundbehandlung nun sollte nicht darauf verzichten, durch künstliche Mittel einen gewissen Grad aseptischer Entzündung um die Wunde herum anzustreben. Man bringt dadurch keine Gefahr, da man keine vermehrungsfähige Entzündungsursache benutzt, multiplicirt aber die Reaktion hervorrufende Wirkung etwa auskeimender Eiterkokken.

Man nähert sich wiederum mehr dem natürlichen Heilungsprocess bei Oberflächenwunden. In der Natur heilen Oberflächenwunden verhältnismäßig gut, wenn man bedenkt, dass gefährliche Eiterkokken überall sind. Vielleicht kommt das daher, dass die unschädlichen Wundschmarotzer mit zur Toxinreizung beitragen und so die entzündungserregende Wirkung der Eiterkokken erhöhen.

Die reizlose Wundbehandlung eliminirt diese massenhaften Entzündungserreger, ohne dafür Gewähr leisten zu können, dass sie die invasionsfähigen Eiterkokken ganz fern hält.

In der vorantiseptischen Zeit pflegte die Wundbehandlung eine entzündungserregende zu sein. Gedeckte Verbände mit alkoholischen Flüssigkeiten, mit Zusatz reizender Mittel wurden meist angewendet, daneben feuchte Wärme. Die Erfahrung allein hatte damals, als man so gar keinen Einblick in die Ursachen der guten und schlechten Wundheilung hatte, den Chirurgen diese Reizmittel in die Hand gegeben.

Sie konnten nicht viel leisten. Wenn man mit Sonden etc. Massen von Staphylokokken aus einem frischen Abscess in den Grund der durchbluteten Wunde geimpft hatte, konnten natürlich die entzündungserregenden Mittel nicht im Stande sein, die gefährliche Invasion fern zu halten.

Dass man aber — die Eiterkokkenimpfung einmal vorausgesetzt — die für jene Zeit richtige Wundbehandlungsmethode erfasst hatte, lehrt der Umstand, dass gleichwerthige Mittel — man denke an die Salzwedel'sche Alkoholanwendung — jetzt wieder herausgesucht werden zur Behandlung von Eiterungen unter der Haut.

Von den antiseptischen Verbandwässern weiß man jetzt auch, dass sie einen leichten Grad von Entzündung hervorrufen. Ihre Wirkung ist meiner Ansicht nach eine zweifache gewesen: Sie haben

erstens einen gewissen Grad von Keimfreiheit außerhalb der
fläche hervorgebracht und zweitens jenseits der Wundfläch
entzündungserregend gewirkt.

In der aseptischen Periode hat man entzündungserregend
hier und da mit zur Anwendung gebracht, doch, so viel i
nicht mit der Absicht, eine Entzündung zu setzen.

v. Mikulicz bestreicht die Umgebung der Wunde m
tinktur, doch in der Absicht, direkt auf die Mikroorganis
wirken. Die Methode hat sich bei ihm sehr bewährt.

Jodtinktur ist aber das beste Mittel, um einen ganz
Grad von Entzündung, der sich in Blutfülle und Herbeis
eines großen Leukocytenmaterials äußert, hervorzurufen, w
Schede 1872 experimentell festgestellt hat. Dass die Wirk
Jodtinktur nicht nur in der Illusion besteht, habe ich auch
Blutfülle der Unterhaut sehen können, als ich eine Zeit
bis zwei Tage vor der Operation das Operationsgebiet mit Jo
zu bestreichen pflegte.

Von Moritz Meyer (Klinischer Vortrag 1898) werde
eitererregende Mittel auch zur Wundbehandlung versuchsw
gewendet.

Meiner Ansicht nach ist diese Methode für die Praxis
empfehlen. Man ist auch nicht sicher, ob nicht die Eiterherd
geschmolzene, also leblose Leukocyten und nekrotische Inter
substanz — ein Nährboden für Eiterkokken sind.

Anzustreben ist ja nur eine Vorstufe der Entzündung, E
müssen entschieden vermieden werden.

Es soll nur ein état bactéricide des Gewebes hervo
werden, eine Ansammlung von Leukocyten, die bei dem erste
reiz auskeimender Eiterkokken dann auswandern und übe
wirken, und eine schnellere Durchsetzung der Blutgerinn
Leukocyten, die dann verhindert, dass das Blutgerinnsel i
inneren Theilen als Nährmaterial dient, bevor die Leukocy
den Rändern her anrücken.

Die von mir angewendete Wundbehandlung besteht in
durchgeführter Asepsis und Anwendung eines leichten kü
Entzündungsreizes. Jodtinktur ist bei genähten oder ü
mykosenfreien Wunden das beste hierzu geeignete Mittel
die aseptische Versorgung der Wundlinie nicht stört.

Bei verunreinigten oder mykotischen Wunden glaube i
den gedeckten Verband mit essigsaurer Thonerde auch das
der Asepsis mit künstlichem Entzündungsreiz anzuwenden.

Bei eiternden Höhlenwunden greisenhafter oder konst
kranker Individuen ist die reizlose Behandlung — Aussto
sterilem Mull — geradezu gefährlich. Weit gedeckte Verb
warmhaltender dicker Watteschicht darüber lassen die leukocy
hende Wirkung der feuchtwarmen Schicht essigsaurer Thon
besten zur Wirkung gelangen.

Da bei primär amykotischen Wunden die Jodtinkturbepinselung nur eine Sicherheitsmaßregel darstellt, wird man in den meisten Fällen beim Verbandwechsel eine sichtbare Wirkung vermissen; die Wunden heilen eben wie überhaupt aseptische.

Wo die Körpergegend oder andere Umstände aber ein rein aseptisches Verfahren unsicher erscheinen ließen, glaube ich durch den Entzündungsreiz erreicht zu haben, dass Wundmykosen, wo sie sich zeigten, auf kleine Stellen beschränkt blieben und schneller als sonst abliefen.

II. Mein ältester bis jetzt am Leben gebliebener Fall von Pylorusresektion.

Von

L. Rydygier.

Es dürfte wohl nicht ohne Interesse für die Magenchirurgie treibenden Kollegen sein, zu erfahren, dass es zur Zeit einen Fall von Magenresektion giebt, der vor 19 Jahren operirt und bis jetzt am Leben ist. In diesem Falle können wir wohl von einem wirklichen und greifbaren Erfolge der Operation sprechen, zumal wenn ich hinzufüge, dass die Operirte seit der Zeit 5 Kinder geboren hat, von denen die älteste Tochter jetzt 17 Jahre alt ist.

Auf dem internationalen Kongresse in Paris werde ich demnächst Gelegenheit finden, über meine jetzt an 100 reichenden Magenoperationen genauer zu berichten und meine Erfahrungen und Grundsätze klarzulegen, wozu ich als einer der Initiatoren dieser Operation nach längerem Stillschweigen mich verpflichtet fühle.

Hier will ich nur ganz kurz meinen ersten Fall von Pylorusresektion, den ich wegen Ulcus und Stenosis pylori ausgeführt habe, in Erinnerung bringen und über seinen weiteren Verlauf berichten.

Bei der Gelegenheit bemerke ich von vorn weg, dass ich immer noch bei meiner alten Ansicht verbleibe, dass die Pylorusresektion auch beim Ulcus und narbiger Stenose in entsprechenden Fällen, wo der lokale und allgemeine Zustand des Pat. danach ist, der Gastroenterostomie vorzuziehen sei. Ich wiederhole mit Nachdruck, nur in entsprechenden Fällen. In meiner ausführlichen Arbeit werde ich dieses des Näheren zu beweisen haben und zeigen, dass die Pylorusresektion in diesen Fällen als die vollkommenere Operation nicht die Operation der Vergangenheit, sondern die der Zukunft ist.

Einige Gründe dafür will ich schon hier in aller Kürze angeben: Vor Allem wird gerade in letzter Zeit immer häufiger hervorgehoben und auf entsprechende Fälle hingewiesen, dass nicht selten auf dem Grunde eines Ulcus und seiner Narben ein Carcinom sich entwickelt. Es ist absolut unmöglich, selbst während der Operation mit Sicherheit zu entscheiden, ob dies nicht schon eingetreten ist. Gerade solche Fälle sind es, wo wir das Carcinom — wenn jemals —

in den allerersten Anfängen zur Operation bekommen können
dann wirklich Hoffnung auf Radikalheilung auch beim Car
vorhanden sein kann. Dies wird jedoch nur dann sich häufig
eignen, wenn die Ansicht siegt, dass auch für das Ulcus di
sektion am Platze ist — immer unter dem Vorbehalte, wen
allgemeinen und lokalen Verhältnisse danach angethan sind
werde Fälle beschreiben, wo die genaueste interimistische
suchung kaum einen Verdacht auf ein Carcinom, das auf dem G
eines Ulcus entstanden sei, wachrufen konnte, und wo nac
Operation in den Rändern des Ulcus wirklich carcinomatöse
mikrospokisch nachgewiesen wurden. Diese Fälle haben
Kollegen A. Gluziński dazu geführt, einige Symptome festzus
welche den Verdacht auf Carcinombildung im Ulcus wach
können.

Ein weiterer Grund, der für die Resektion beim Ulcus s
sind Beobachtungen, dass trotz Gastroenterostomie selbst tö
Blutungen aus dem Ulcus eingetreten sind, ehe die Pat. da
verlassen haben. Ich selbst habe einen solchen unglückliche
erlebt, andere sind in der Litteratur aufgezeichnet.

Andererseits führt die Gastroenterostomie durch den Ci
vitiosus manchmal den Tod gerade in solchen Fällen herbei, w
das am wenigsten befürchtet haben. Mir ist gerade ein Privatp
nach dieser Operation daran gestorben, nachdem in der Klinik
als ein Dutzend ohne Anstand geheilt sind und ich der Fami
Operation als verhältnismäßig gefahrlose dargestellt habe —
ein sehr unangenehmes Ereignis.

Aus diesen Gründen und namentlich aus dem zuerst angef
muss und wird der Resektion der Vorzug vor der Gastroentero
in geeigneten Fällen zuerkannt werden, wenn erst die Techn
Resektionen sicherer ausgearbeitet sein wird und der schlecht
druck nach den durchaus nicht nothwendigen Misserfolgen
wunden ist.

Zu den geeigneten Fällen rechne ich diejenigen, wo de
gemeine Kräftezustand entsprechend ist und wo lokal nicht z
gedehnte Verwachsungen bestehen.

Doch gehen wir jetzt zu dem Berichte über den weitere
lauf unseres Falles über, den ich schon am 21. November 188
rirt und auf dem deutschen Chirurgenkongresse 1882 vorgestellt
Dieser Fall (Karoline Pfennig) ist in der Berliner klin. Wochen
1882 No. 3 und im Przegląd lekarski 1881 No. 50 genauer besch
Ich rekapitulire nur ganz kurz, dass es sich um ein noch
Ulcus pylori handelte, welches tief in das Pankreas hineinreic
dass ein Stück des Pankreas mitresecirt werden m
Durch zungenförmiges Ausschneiden an der hinteren Duodena
ist die Nahtlinie daselbst so weit verlängert worden, dass das M
lumen mit dem Duodenallumen ohne Zwickelbildung und
Occlusionsnaht vereinigt werden konnte. Die Pat. ist gehei

lassen worden und lebt bis jetzt laut brieflicher Mittheilung ihres Mannes vom 29. Juni cr. Während der ganzen 19 Jahre hat sie ihren Hausstand selbst besorgt und musste mit den gewöhnlichsten Speisen vorlieb nehmen. Wie schon erwähnt, hat sie nach der Operation 5mal geboren; das älteste Mädchen ist unterdessen 17 Jahre alt geworden, und die Mutter zählt jetzt 49 Jahre.

---

1) G. Perthes. Über Druckstauung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 384.)

P. veröffentlicht aus der Leipziger Klinik einen neuen Fall jenes eigenthümlichen Symptomenkomplexes, der durch intensive Kompression der Brust oder des Bauches hervorgerufen wird, und den er mit dem neuen kurzen Namen »Druckstauung« zu belegen vorschlägt (cf. d. Blatt 1899 p. 686 und 1023). Der Fall betrifft eine 27jährige Spinnmaschinenarbeiterin, welche an der Maschine zwischen einen auf Schienen laufenden Wagen und eine eiserne Wand an der Brust eingeklemmt worden war und einige Minuten in der Klemme gesessen hatte. 4 höchst charakteristische Photogramme der Pat., 3 Stunden nach dem Unfall, am Tage nach demselben, am 8. und 32. Tage aufgenommen, zeigen die Anfangs kolossale Aufdunsung an Hals und Kopf und die spätere allmähliche Abnahme derselben bis zur Rückkehr zur Norm. Klinisch ergaben sich nur Bestätigungen der früher bereits von P. und Braun bei dieser Verletzung beobachteten Erscheinungen, bezüglich deren Erklärung auch nichts Neues beigebracht wird. P. machte an Kaninchen Versuche, die beim Menschen beobachteten Unfallsfolgen experimentell nachahmend hervorzurufen. Der Erfolg war aber, wie auch bei früheren Versuchen von Braun und Willers, negativ. Die Thiere besitzen, verschieden vom Menschen, gut schließende Klappen in den Venen der oberen Körperhälfte, die bei ihnen ihrer wagrechten Körperhaltung wegen auch erforderlich und nicht überflüssig sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) Feltz. Quelques considérations sur l'appendicite.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. Februar.)

F. giebt die Anregung, es möchten über die gegenwärtig so im Mittelpunkte des Interesses stehende Erkrankung noch einige wichtige statistische Erhebungen angestellt werden, z. B. was aus den Kranken mit Appendicitis wird, welche nicht operirt worden sind, oder wie viel Menschen jährlich in einer größeren Stadt an dieser Erkrankung sterben. F. selbst kommt nach den Ermittlungen aus einem allerdings sehr kleinen Beobachtungsbereiche zu dem Ergebnisse, dass die Appendicitis keine sehr häufige Krankheit ist (?), dass sie seit 1890, dem Jahre der Influenza, nicht an Häufigkeit zugenommen hat, dass die Sterblichkeit in einer Stadt von 50 000 Einwohnern jährlich nicht mehr als 3 beträgt, dass diese Zahl noch abnehmen

würde, wenn die Operation bei gegebener Indikation rechtzeiti
geführt würde, und dass die Mehrzahl der Kranken ohne Ope
gesunden. **W. Sachs** (Mülhausen i/

3) **M. Dieulafoy.** La pleurésie appendiculaire.
(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 15.)

Mit diesem Namen belegt D. die als Komplikation der
direnden Appendicitis auftretende Pleuritis, deren Krankheitsl
entwirft. Sie findet sich fast immer rechts, meist bei aufsteig
Wurmfortsatz (bezw. Abscess), und stellt sich als ein kontinui
Process dar, indem er das Zwerchfell, sei es auf dem Weg
Lymphbahnen durchsetzt, sei es durchbricht als hypodiaphragma
Abscess. Bald besteht nur Reiben, bald seröser Erguss, meist
massiger Erguss von stinkendem, oft gasbildendem Eiter, s
sich Pyopneumothorax entwickelt.

Die Bakterienflora besteht in aëroben und anaëroben F
Bact. coli ist am konstantesten.

Die Pleuritis setzt kaum vor dem 6., selten noch nach
14. Tage ein. Ihre Behandlung besteht, sobald Eiter vorhand
der Pleurotomie mit Resektion, event. gleichzeitiger Laparo
Oft jedoch wird der Kranke hierdurch nicht mehr zu rette
wegen Verallgemeinerung des Leidens. Das Sicherste ist die P
laxe, d. h. die Resektion des Wurmfortsatzes sofort nach St
der Diagnose, da auch ein leichter Anfall nicht vor Komplika
wie Pleuritis schützt. **Christel** (Me

4) **Dieulafoy.** A propos du diagnostic et du traiteme
l'appendicite.
(Presse méd. 1899. No. 17.)

Verf., dem zahlreiche werthvolle Arbeiten über die Ke
der Appendicitis zu verdanken sind, fasst in der vorliegenden
noch einmal seine Anschauungen über jene Krankheit zusa
indem er klinisch 3 Kategorien unterscheidet: Erstens solche
welche Anfangs gutartig zu sein scheinen, mit geringen Schm
keinem oder niedrigem Fieber, keinem Erbrechen oder Versto
Auch bei dieser ersten Kategorie ist eine sichere Prognose unm
wegen der mannigfachen Zwischenfälle, mit denen uns eine Ap
citis überraschen kann. In die zweite Reihe verlegt D. solche
welche von Anfang an stürmisch verlaufen, wo alle Erschein
innerhalb weniger Stunden eine lebhafte Intensität erreichen
der dritten Kategorie gehören die larvirten Fälle. Hierher
Verf. auch diejenigen, wo die klassischen Symptome durch a
besonders hervorstechende Begleiterscheinungen maskirt werde

Zur Diagnose macht er mit Recht auf die nie fehlende »Sc
Triade« aufmerksam:

Schmerzen am Wurmfortsatz, subjektiv vom Kranken
lokalisirt, objektiv am Mac Burney'schen Punkt hervorzurufe

dann der reflektorische Widerstand in der Bauchmuskulatur, »défense musculaire«, und drittens die Hyperästhesie der Haut.

Was die Behandlung anbetrifft, so leugnet Verf. jeden Nutzen einer sog. medikamentösen Behandlung, auch hier ausgehend von der Lehre des von Anfang an in einen Hohlraum verwandelten Wurmfortsatzes; er verwirft eben so alle Abführmittel, wie Opium oder Belladonna. Er stellt sich ganz und gar auf den radikalsten chirurgischen Standpunkt, jede Appendicitis, sobald sie als solche erkannt ist, zu operiren. »Die einzige rationelle Behandlung ist die chirurgische; mit einer rechtzeitig und nach allen Regeln der Kunst vorgenommenen Operation überwindet man alle Zwischenfälle!«

Tschmarke (Magdeburg).

---

5) **E. M. Cox.** Comparative statistics in the treatment of appendicitis.

(New York med. record 1900. Januar 20.)

Verf. stellt fest, dass Europa nicht eben so weit wie Amerika in der erfolgreichen Behandlung der Appendicitis fortgeschritten sei. Die hohe Sterblichkeit nach Operationen, z. B. unter den 473 Fällen der Statistik Sahli's 21%, fielen dem amerikanischen Chirurgen auf. Unter den 6740 mit einer Sterblichkeit von 8,8% konservativ Behandelten werden 20,8% Rückfälle erwähnt, aber die Beobachtungszeit dieser wird nicht angegeben, und es ist nicht bekannt, wie viel von den 8,8 Gestorbenen noch durch rechtzeitige Eingriffe hätten gerettet werden können. Wie viele aber später chirurgische Behandlung aufsuchen, ist erst recht nicht sicher.

»Nach unserer gegenwärtigen Kenntnis ist medicinische Behandlung nur zur Unterstützung und Vorbereitung für die Operation am Platze.« Die Operation im Intervalle bleibt eine sichere Maßnahme. Von 3 zum Schlusse angeführten Todesfällen hätten 2 gerettet werden können durch frühere Operation. »Die Idee, zu warten, bis sich Verklebungen bilden oder ein Abscess entwickelt hat, sei genau so rationell, als wenn man bei einer Strangulationshernie auf Adhäsion warten wolle.« Die Kasuistik des Verf. ist ganz interessant, 17 Heilungen wurden bei zum Theile ganz hoffnungslosen Fällen erzielt.

Loewenhardt (Breslau).

---

6) **S. Lloyd.** The results of the so-called conservative treatment of appendicitis.

(New York med. record 1900. Februar 10.)

An der Hand von 25 Fällen, von denen 6 tödlich endeten, weist Verf. nach, dass, da er selbst bei 154 Operirten nur 4 Todesfälle gehabt habe, die sogenannte medicinische Behandlung falsch sei. 18 von obigen 25 bekamen außerdem Rückfälle bei innerer Behandlung. »Die Operation giebt die beste, sicherste und kürzeste



Behandlungsmethode.« Trotz der reichlichen Anzahl von A
über diesen Gegenstand ist die Arbeit lesenswerth.

Loewenhardt (Bre

---

7) **Dieulafoy.** Les accalmies traîtresses de l'appendi

(Presse méd. 1899. No. 11.)

In einer Reihe von Fällen der Appendicitis lassen die
schen Erscheinungen, Erbrechen, hohes Fieber, Schmerz
plötzlich nach, es tritt gleichsam ein kritischer Abfall all
ptome ein. Diese vom Kranken und seiner Familie freudig b
Besserung ist oft nur eine trügerische und um so gefährlich
dadurch event. der nothwendige chirurgische Eingriff zum
des Kranken versäumt oder verschoben wird. Denn gera
dieser scheinbaren Beruhigung beginnt ein höchst gefährlic
stand, nämlich die Perforation des brandigen Wurmfortsat
eine allgemeine Peritonitis. Es ist daher in solchen Fällen mi
operativen Eingriffe nicht zu zögern.

Verf. zieht dieses merkwürdige Zusammenfallen der trüg
Besserung mit dem bedrohlichen Beginn einer Peritonitis zur
stützung seiner Theorie von der »cavité close appendiculaire
So lange der Wurmfortsatz einen geschlossenen Hohlraum
erhöht sich die Toxicität der Bakterien; eine vorübergehen
schwächung erfährt sie, nachdem die Bakterien in die freie
höhle ausgetreten sind. Diese Besserung des Zustandes i
gesagt, nur eine scheinbare, vorübergehende. Eine aufm
Untersuchung wird auch in diesem Stadium der Krankheit Sy
finden, welche an eine solche »trügerische Windstille« e
können: denn trotz des Fehlens jeden Fiebers bleibt der P
schleunigt und der Leib etwas aufgetrieben und zuweile
schmerzhaft. Verf. illustrirt seine geistreichen Auseinanderse
mit zahlreichen interessanten Beobachtungen.

Tschmarke (Magdeb

---

8) **A. Kocher** (Bern). Eine Methode früher Radikalop
bei Perityphlitis.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1900. No. 8.)

An der Hand von 4 Krankengeschichten aus der Klinik
Vaters giebt Verf. einen Mittelweg an zwischen dem radikal
schlage Riedel's, bei jeder akut unter Fieber und Pulsbeschleu
entstandenen Resistenz in der Ileocoecalgegend sofort die R
operation zu machen, und demjenigen Sonnenburg's, der i
Fällen von Exsudat nicht das Peritoneum eröffnet, sonde
Darmbeinschnitt aus extraperitoneal den Abscess eröffnet u
Processus vermiformis innerhalb des Abscesses sucht und e
In der Kocher'schen Klinik verfährt man folgendermaßen: E
des Abscesses möglichst nahe am Poupart'schen Bande.
oder 2 Tagen erst Radikaloperation, Entfernung des Wurmf

nach Einschnitt am Rectusrande. Während letzterer Operation wird die Abscesshöhle tamponirt, provisorisch zugenäht, die Naht mit Jod bepinselt und mit Gaze bedeckt. Dann erfolgt nebenan die Laparotomie. Ist der Wurmfortsatz nicht ohne Eröffnung der Abscesshöhle entfernbar, so wird von der Bauchhöhle aus ein Tampon in die Abscesshöhle hineingelegt, Bauchfell und Fascie werden dann vernäht, die Haut aber vorläufig offen gelassen. Die Bauchdeckenwunde wird tamponirt und erst sekundär vernäht. K. weist darauf hin, dass man bei der zweizeitigen Operation Muße genug hat, Art und Virulenz der Bakterien des Abscesses festzustellen, und dass man danach die Entscheidung treffen kann, ob man bald oder später zur Radikaloperation übergehen will. Finden sich Reinkulturen von Colibacillen und Pneumokokken, so kann man die Resorption dem Bauchfell überlassen, nicht so, wenn sich Strepto- oder Staphylokokken finden. Die lange Behandlung des Abscesses wird nach Verf. Absicht durch die Radikaloperation abgekürzt.

Die K.'sche Methode vereinigt also die Forderung, dass der Weg zum Abscess bei Appendixoperationen im Anfalle nicht durch das Bauchfell führen soll, wohl aber der Weg zum Wurmfortsatz.

P. Stolper (Breslau).

---

9) **J. F. Baldwin.** Inversion of the uncut appendix.

(New York med. record 1900. Januar 20.)

Mit Rücksicht auf den Artikel von Edebohl's (cf. Med. record 1899 November 25) theilt B. mit, dass er in mehr als 100 Fällen die Inversion ausgeführt habe. Seit 6 Monaten über 80mal, nicht allein bei Operationen für Appendicitis, sondern in den meisten Fällen wohl, als der Bauch aus irgend einem anderen Grunde aufgemacht wurde. Es ist nun sein Princip, in allen solchen Fällen den Wurmfortsatz abzusuchen und fast immer sofort zu invertiren. Ausnahmen bilden nur die Fälle, in denen der Wurmfortsatz atrophisch gefunden wird, oder die vorhergehende Operation derartig war, dass es sich nicht empfiehlt, weiter einzugreifen, selbst für die 2—3 Minuten dieser kleinen Maßnahme.

Nur bei weniger als 10% aller Patienten wurde ein normaler Wurmfortsatz bei Eröffnung der Bauchhöhle vorgefunden. Verdickung, mehr oder weniger Obliteration der Lichtung oder Adhäsionen waren meist vorhanden, gelegentlich ein fäkales Konkrement, nicht selten Erscheinungen frischer Entzündungen ohne vorherige klinische Symptome.

Die Technik der Inversion ist ganz einfach. Das Mesenterium des Wurmfortsatzes mit der dünnen kleinen Arterie wird unterbunden und getrennt. Bei Verdickung der peritonealen und muskulären Lage werden nach einem Längsschnitte diese 2 Schichten bis auf die Schleimhaut abgezogen und nur letztere eingestülpt. Die frühere Ligatur lässt man lang und benutzt den Faden zu 1—2 Stichen der Verschlussnaht. Eine Mortalität hat die Operation nicht.

Loewenhardt (Breslau).

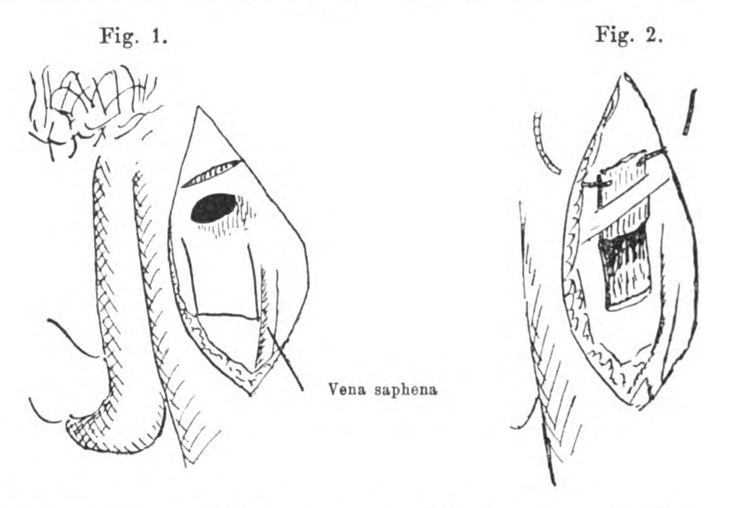
---

10) **A. Prokunin.** Zur Anatomie und Radikalbehandlung des Schenkelbruches.

Diss., Moskau, 1900. (Russisch.) 78 S.

P. studirte an 73 Leichen die Anatomie des Schenkelkanals. Dabei fand er, dass der Kanal durch die Fascia cribrosa von den Gefäßen abgegrenzt wird: Die Fascie deckt die Vasa femoralia, giebt einen Fortsatz zwischen Arterie und Vene und endet gleich am inneren Rande der Vene, wo sie sich mit der Fascia pectinea vereinigt. So bildet also die Fascia cribrosa die äußere Wand des Schenkelkanals, und liegt also letzterer außerhalb der Fascie, nicht unter ihr; eben so die Lymphdrüsen medial von den Gefäßen. Die Länge des Kanals ist gleich der Breite des Lig. Pouparti, er hat 2 Öffnungen: die äußere ist mit losem Bindegewebe und Lymphdrüsen ausgefüllt, die innere durch das Septum crurale (Cloquet) vom Peritonealraume abgeschieden. Dieses Septum ist durch einen

Fig. 1. Fig. 2.



durchlöcherten, nach hinten umgeschlagenen Fortsatz des oberen Hornes der Plica falciformis gebildet (bei 64 von 73 Leichen). Bei 9 Leichen bestand das subperitoneale Bindegewebe aus dichteren Lagen, so dass man daraus eine besondere Platte bilden konnte; diese letztere hat wahrscheinlich Cloquet beschrieben. — Untersuchung dreier Schenkelbrüche, so wie Injektion von erstarrenden Massen zeigten, dass die Hernie immer außerhalb der Fascia cribrosa liegt; nur in einzelnen Fällen drang die Injektionsmasse vom Schenkel durch die Löcher der Fascie unter dieselbe. — P. bespricht weiter die verschiedenen Operationsmethoden und schlägt endlich seine eigene vor. Der Bruch wird isolirt, unterbunden, der Sack abgeschnitten und der Rest versenkt. Aus Musculus und Fascia pectinea wird ein viereckiger Lappen, 3—4 cm lang, mit Basis oben am Schambeinkamme gebildet (Fig. 1); die Breite hängt von der Größe der inneren Öffnung des Bruchkanals ab; die Dicke ist wenigstens

die Hälfte des Musculus pectineus. Durch jede der unteren Ecken wird ein Faden geführt, dann über dem Lig. Pouparti in der Gegend der inneren Öffnung des Kanals ein 1—1,5 cm langer Schnitt durch die Bauchwand geführt. Man durchtrennt die Aponeur. obl. ext., schiebt das Lig. rotund. oder den Samenstrang bei Seite und durchtrennt dann stumpf den Obl. int., transversus und die Fascia transversa. Durch diese Öffnung werden die Fäden durchgeführt und der Lappen nach oben geschlagen (Fig. 2), angenäht an die Aponeurose des M. obl. ext. Dann Naht des Restes der Fascia pectinea an die Gefäßscheide und Hauptnaht. — Die Methode ist 5mal mit Erfolg angewendet. Im Anhange werden 126 Arbeiten aus der Litteratur aufgezählt[1]. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

11) **Witzel** u. **Hofmann**. Die Gastroenterostomosis, Gastrostomosis und ihre Verbindung zur Gastroenterostomosis externa.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 20 u. 21.)

Die Hauptvortheile der Methode sehen Verff. darin, dass es möglich ist, den abführenden Schenkel sofort nach Schluss der Bauchwunde aufzublähen, resp. anzufüllen, um somit die reguläre Weiterbeförderung der Galle und des Pankreassaftes gleich am 1. Tage zu sichern. Der Mageninhalt gelangt nicht nur anfänglich dem Schlauche entlang, sondern auch später auf dem durch äußere Verwachsungen in günstiger Richtung fixirten Wege in den abführenden Schenkel. Es kann eine sofortige, reichliche Ernährung stattfinden.

Die Einzelheiten des Verfahrens, besonders die Technik, müssen in dem sehr wichtigen Original eingesehen werden.

Borchard (Posen).

---

12) **Cordua**. Über Darminvagination im Kindesalter. (Aus der Poliklinik des Alten Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg.)

(Sep.-Abdruck aus Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten.)

Der Zweck dieses Vortrags ist nach Wunsch des Verf., den jungen Kollegen eine feste Direktive für ihr Verhalten bei den akuten Invaginationen im Kindesalter zu geben. Dementsprechend wird die Ätiologie des Leidens nur flüchtig abgehandelt, der Hauptnachdruck dagegen auf die Besprechung der Diagnose und Therapie gelegt.

Mit vollem Rechte vertritt C. die Ansicht, dass die Diagnose bei frischen Fällen im Verlaufe der ersten 24—48 Stunden fast ausnahmslos mit Sicherheit gestellt werden kann und gestellt werden muss, da nur in dieser frühen Periode des Leidens von der Therapie Erfolg zu erwarten ist.

---

[1] Die Hauptresultate sind schon früher veröffentlicht: Die Chirurgie 1898, Juli (Prokunin), und 1899, März (Deschin). Russisch.

Letztere soll innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden zunäc
ausgiebiger Anwendung der unblutigen Methoden bestehen.
diesen hat C. einmal in seinen Fällen Erfolg mit der Bauchm
gehabt, die er an ein möglichst hohes Hinaufschieben der Gesc
vom Mastdarme aus anschloss. Er will daher der (sonst wohl
verlassenen, Ref.) Massage »zwar keine besonders große Ausde
in der Invaginationsbehandlung prognosticiren, aber doch ein
rechtigten Platz neben den anderen unblutigen Methoden vindi
Obgleich C. über die hohen Wassereingießungen und Lufteinbla
»aus eigner Erfahrung nicht viel Rühmliches aussagen kann
er dieselben doch mit aller Energie angewandt wissen, und
in tiefer Narkose, während sich das Kind in Knie-Ellbogenla
findet oder fast senkrecht auf die Schultern gestellt ist. E
dabei bis zu 3 m Wasserdruck und bläst die Luft durch die h
den Darm hinaufgeführte Magensonde unter allmählich zune
dem Drucke mittels Spraygebläses ein. (Ref. möchte nach
Kenntnis der Litteratur auch innerhalb der ersten 2mal 24 S
einer so energischen Anwendung der unblutigen Methoden nic
Wort reden. D'Arcy Power und Barker, denen beiden eine
persönliche Erfahrung zu Gebote steht, verwerfen die Lufteinblas
als absolut undosirbar, vollständig und sind mit Gibson darin
dass für ein 2jähriges Kind 1 Liter Wasser bei $2^1/_2$ Fuß Dru
das Äußerste ist, was man bei einer Wassereingießung wage
D'Arcy Power sah bei einem 3monatlichen Kinde schon be
gießung von $^1/_2$ Liter bei mäßiger Druckhöhle Ruptur des I
eintreten.) Nach Ablauf der ersten 48 Stunden, d. h. zu eine
wo bereits beginnende Gangrän vorliegen kann, ist von Luft
sungen und Eingießungen absolut Abstand zu nehmen. Ein
stand der unblutigen Methoden ist noch, dass die durch di
erreichten Reduktionen nicht selten nur scheinbare sind, und
die Operation aussichtsvolle Zeit dadurch ungenutzt verstreich

Bleiben die unblutigen Maßnahmen erfolglos, so soll in de
Narkose unverzüglich zum Bauchschnitte geschritten werden,
wenn möglich, direkt über der Invaginationsgeschwulst ausfüh
zwar nur $1^1/_2$—2 Zoll lang, um Zeigefinger und Daumen ein
zu können. Das genügt zur manuellen Reposition, und es
dabei keine anderen Därme vorfallen. Man soll die Reposit
vornehmen, dass man mit der rechten Hand die Scheide na
After zu durch »melkende« Züge von dem Intussusceptum abzu
sucht, während die linke Hand die Spitze des letzteren san
oben, dem Halse zu, schiebt. Die Schwierigkeiten bei der E
lung der Spitze, die am bedeutendsten zu sein pflegen, lass
am besten durch Wegdrücken des hinderlichen Ödems dieser
bekämpfen. Etwaige bei der Reposition entstehende Serosari
C. nie genäht, ohne davon Schaden zu sehen. — Zu achten ist
dass nicht etwa eine zweite Invagination übersehen wird. —
gelungener Reposition soll vom Mastdarme aus Luft eing

werden, um den entwickelten Darm zur Peristaltik anzuregen. Zwecks Verhütung des Wiederauftretens der Invagination letzteren an der Bauchwand zu fixiren, hält C. für unnöthig.

Von den innerhalb der ersten 48 Stunden Operirten, die C. zusammengestellt hat, genasen 63%, starben 37%, die Desinvagination gelang bei 92%; am 3. Tage war dies bei nur mehr 30% der Fall, 33% genasen, 67% starben! Gelingt die blutige Desinvagination in Folge von Verwachsungen oder Gangrän nicht mehr, so haben auch die übrigen Operationen nur wenig Aussicht auf Erfolg.

R. v. Hippel (Dresden).

---

13) **Strauch** (Braunschweig). Die Behandlung des Ileus.

(Therapie der Gegenwart 1900. Juni-Heft.)

In gegebener Anlehnung an Schlange und Kocher entwickelt S. in knapper, übersichtlicher Darstellung die modernen Anschauungen über das Wesen des Ileus, seine Diagnose und Behandlung. Die verhängnisvollen Folgen der »abwartenden« Therapie werden an zwei kurz mitgetheilten Fällen illustrirt; seinen streng chirurgischen Standpunkt vermag S. durch 4 Betrachtungen zu rechtfertigen, wo (2 Fälle von Obstruktionsileus in Folge Verwachsungen, 2 von dynamischem Ileus bei Peritonitis) frühe oder rechtzeitige Operation Heilung herbeiführte.

Bei Besprechung der Ursachen, wesshalb die chirurgische Seite der Ileusbehandlung noch nicht die ihr gebührende Würdigung erfahren hat, weist S. auf die unrichtigen Anschauungen hin, die noch über die prognostischen Aussichten der Operation herrschen; besonders werden hierfür die Statistiken der Internen verantwortlich gemacht, die zu den verhängnisvollsten Trugschlüssen Veranlassung gäben, und deren Einfluss als geradezu unheilvoll bezeichnet werden müsse.

Gross (Straßburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

110. Sitzung am Montag, den 11. Juni 1900, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr v. Bergmann.

1) Herr Lexer: a. Krankendemonstration zur Operation des Ganglion Gasseri.

L. berichtet über 9 Pat., welchen er das Ganglion Gasseri resecirt hat, unter gleichzeitiger Vorstellung von 3 Fällen. Die Indikation war in den einen Fällen durch häufige Recidive nach peripheren Ausdrehungen einzelner Äste, in den anderen Fällen durch das Auftreten sehr heftiger Neuralgien im Gesammtgebiete eines Trigeminus gegeben. Recidive sind bisher nicht aufgetreten, doch liegt die älteste Operation erst 2 Jahre zurück.

Die Operation ist nur in dem 1. Falle genau nach Krause's Vorschriften ausgeführt worden. In den anderen Fällen wurde nach Bildung eines Haut-Knochenlappens, dessen beide Schnittenden vor dem Ohre und seitlich vom Auge bis zu einer Linie nach unten reichen, welche den Ansatz des Ohrläppchens mit dem äußersten Ende der Augenbraue verbindet, ohne weitere Verletzungen der

Weichtheile der Jochbogen temporär resecirt, und danach die S
mit der Luer'schen Zange bis in die Nähe des Foramen ovale un
weggenommen. Dadurch bekommt der Lappen, welcher in Folge dess
als Krause angiebt, gebildet werden kann, eine viel größere Beweglic
unten und etwas nach vorn, da ja der hintere Lappenschnitt weiter n
als der vordere herabreicht. Ferner ist es möglich, an das Ganglion
von der Seite, sondern auch etwas von unten heranzukommen. Von
Vortheile schien dies Vorgehen bei einem 72jährigen Pat., welcher je
nach der Operation vollkommen schmerzfrei und gesund mit nur we
gesetzten Ausfallserscheinungen des operirten Trigeminus vorgestellt w
Denn hier musste wegen heftiger Blutung der Duravenen die Entf
Ganglion in 2 Zeiten (am 5. Tage) vorgenommen werden. Wegen d
starken Schmerzen, welche nach dem 1. Akte folgten, empfiehlt L. das
Verfahren nur für den höchsten Nothfall wegen der Blutung.

Im Anschlusse an die Demonstration der Pat. werden noch einige E
bei der Operation selbst besprochen. Eine Blutung aus der Art.
media erfolgte in einem Falle durch Abgleiten der centralen Ligatur.
unter Kompression der Carotis in das Foramen spinosum ein kleines S
formgaze zu stopfen, welches dann eingeheilt ist. Die Beobachtung,
der Arterie ein 2. Ast weiter außen und hinten den Knochen durchbo
in einem Falle gemacht. Die beiden Arterien wurden ohne Schwierigke
Foramina mit kleinen Deschamps'schen Nadeln unterbunden. Die v
tung ist in der Regel am stärksten, sobald die Dura vom 3. Aste g
denn hier treten mit diesem einige Venen durch das Foramen, welche
cavernosus zum Plexus pterygoideus entsendet; in seltenen Fällen lieg
Verhältnisse am 2. Aste und Foramen rotundum vor. In einem Falle
diese konstante Vene am 3. Aste ohne Blutung zu lösen und zu unterb
Venen am 2. Aste wurden nur einmal, und zwar in diesem letzteren
achtet. Durch temporäre Tamponade gelingt es oft, diese Blutung zu

Bei der Präparation des Ganglion wird das Hirn vorsichtig mit ei
spatel nach oben gehalten, welcher, um den Blick nicht zu beein
nicht rechtwinklig gebogen, sondern der Wölbung des Schädels angepa
an seinem Ende einen verdickten Rand besitzt, mit welchem die vo
gelöste Dura nach oben gehalten wird.

Gelang die Lösung der Dura vom Ganglion schwer, so nahm
Schädelbasis den Knochen bis ins Foramen ovale weg, spannte an den
den 3. Aste das Ganglion nach unten, worauf das Abpräpariren de
leichtert war.

Steht die venöse Blutung, zu welcher sich noch häufig der A
Liquor gesellt, nicht durch temporäre Tamponade, so empfiehlt L., e
des Herrn v. Bergmann folgend, den Pat. hoch aufzusetzen. Es
sofort wenigstens auf kurze Zeit die Blutung, und ist das freigelegt
wegen des Zurücksinkens des Hirns in die Schädelhöhle ohne Hirnsp
übersehen, so dass die Resektion nach Krause's Vorschrift ohne weit
vollendet werden kann.

Die Lähmung der Augennerven, welche in 4 Fällen (3 Abducens, 1
vorübergehend folgte und in 1 Falle (Abducens) noch nicht vollkomm
gegangen ist, verdankt ihre Entstehung wahrscheinlich nur dem Druck
spatels, wenn man denselben, um die Blutung aus den vom Sinus
Venen zu stillen, in der Tiefe gegen den Knochen drückt.

Die gefürchtete Keratitis schloss sich in 2 Fällen an die Operatio
bestehender leichter Bindehautentzündung operirt worden war. Der e
hielt eine Hornhauttrübung, während der andere ohne Hornhautfleck
Sehr lehrreich für die Entstehung und Art dieser Keratitis ist der zul
Fall, bei welchem die Ausdrehung des Ganglions sammt 2 cm vom
Trigeminus ohne jede Störung gelungen war und die Heilung vollko
von statten ging, bis am 15. Tage Pat. die unempfindliche Horn- und

mit dem Finger abtastete und rieb. Es entstand darauf oberflächliche Keratitis, welche unter Vernähung der Lider und unter gewöhnlicher Behandlung ohne Folgen zurückgegangen ist.

Nach der Operation wurde stets etwas Jodoformgaze in die Tiefe gelegt und zum hinteren Wundwinkel hinausgeleitet. Entfernung am 5. Tage. Der Verlauf war in allen Fällen fieberlos und ohne Störung von Seiten der Wunde.

b. Derselbe: Ein weiterer Fall von teratoidem Bauchtumor.

L. berichtet über einen Fall von fötaler Inklusion der Bauchhöhle, welche er bei einem 7 Wochen alten Kinde durch Laparotomie entfernt hat. Die Diagnose eines teratoiden Tumors war mit Wahrscheinlichkeit zu stellen, da an der Außenseite der die rechte Bauchhöhle einnehmenden und unter der Leber beginnenden Geschwulst knochenharte Stellen durchgefühlt werden konnten.

Der entfernte Tumor stellt eine eingekapselte unförmige Masse dar, an welcher die Kopfanlage mit Sicherheit zu erkennen ist. Ihrer Lage nach hat sich die Inklusion im Eingange der Bursa epiploica entwickelt, wo sie am Ligamentum hepato-duodenale mit mehreren größeren Gefäßen befestigt war. Von hier aus hatte sie sich rechts unter der Leber und nach unten hinter dem Colon ascendens entwickelt, welches in Folge dessen ein breites Mesenterium besaß.

Hinter dem Tumor lag das parietale Peritoneum. Die Entfernung der Geschwulst war leicht gelungen, da nur das Colon ascendens mit seinem Gekröse stumpf gelöst und die vom Ligamentum hepato-duodenale und der Nabelvene aus eintretenden Gefäße unterbunden zu werden brauchten, und keine Verwachsungen bestanden. Die Lage des Tumors wurde bei der Sektion kontrollirt, da das sehr schwächliche Kind nur 8 Stunden die Operation überlebt hat.

2) Herr König jun.: Zur Technik ausgedehnter Oberkieferresektionen.

Seitdem man bei der Resektion des Oberkiefers durch die Trachealtamponade ein Hinablaufen von Blut in die Luftwege zu verhüten gelernt hat, ist diese Operation ihrer Hauptgefahr entkleidet.

Da aber die Blutung an sich schon eine gefährliche Komplikation der Opetion bedeutet, hat man analog der Lingualisunterbindung bei Zungenresektionen außerdem noch entweder die temporäre Umschnürung der Art. carotis communis, oder auch die temporäre oder bleibende Unterbindung der Art. carotis externa empfohlen (so Riese, Senger u. A. m.). Da jedoch temporäre Unterbindungen leicht Thrombosen nach Öffnung der Ligaturen machen, ist es sicherer, der Unterbindung der Carotis die Durchschneidung zwischen 2 Ligaturen hinzuzufügen. Die Arterie ist ja in Zungenbeinhöhe leicht zu finden, sie muss zwischen dem Abgange der Art. thyreoidea superior und lingualis geschehen.

Im Vertrauen auf die dadurch erzielte Blutleere hat Vortr. mit gutem Erfolge sich die Tracheotomie ersparen können.

Zur Beschränkung der Verunstaltung wurden von v. Bergmann und Sauer etwa 2 Wochen nach der Operation Prothesen eingelegt, welche ein gutes kosmetisches Resultat gaben.

K. stellte sich das höhere Ziel, ohne Apparate dasselbe durch die Operation selbst zu erreichen.

Das Verfahren muss zugleich mit der Resektion verbunden werden können und keine wesentliche Verlängerung der ohnehin schon so langen Operation bedeuten. K. benutzt dazu den M. temporalis, von der Endstelle seiner Insertion am Unterkiefer abgetrennt und beweglich gemacht, durch die Wundhöhle nach der nasalen Wand hinübergeschlagen, als Polster für den Bulbus oculi.

Man braucht dazu nur die an der Außenfläche des Unterkiefers sich ansetzende Partie, nicht die Fleischmasse am innereren Rande. Man spaltet in Höhe des Kronenfortsatzes einen $1\frac{1}{2}$ Finger breiten Lappen aufwärts bis über den Proc. zygomaticus ab und meißelt den Proc. coronoideus mit den Muskelinsertionen sammt einer schmalen Leiste des vorderen Unterkieferrandes ab. Diese Knochenleiste muss desshalb mitgenommen werden, weil der Lappen fest sein muss und ohne sie zu kurz wird, um ihn bis zur Nase hinüber zu schlagen.

Eine nach diesem Verfahren mit günstigem kosmetischen Erfolge op
wird vorgestellt, eine andere, bei der sich die Vortheile des Verfahre
gut erwiesen hatten, erlag einer septischen Allgemeininfektion.

3) Derselbe: Lipom im retroperitonealen und Beck
gewebe.

Das vorgezeigte, 22 Pfund schwere, kolossale Lipom stammt
44jährigen Manne, der vor 12 Jahren eine Hämoptoë gehabt, seit $1^1/_2$
rapidem Stärkerwerden des Leibes erkrankt war. Links unterhalb d
fand sich eine Vorwölbung, rechts in der Unterbauchgegend eine Dämp

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Erguss mit Tumor, vielleicht auch a
tuberkulöse, tumorartige Schwarten und Verwachsungen.

Bei der Laparotomie war es zunächst gar nicht möglich, Peritoneu
höhle oder Darm zu Gesicht zu bekommen, da die Geschwulst, ansche
dem kleinen Becken herauswachsend, das Peritoneum vor sich her abge
emporgewölbt, die Eingeweide, Mastdarm, Blase nach hinten und seitlich
hatte. Die Operation dauerte 2 Stunden, die Bauchhöhle wurde gesch
Jodoformgazetampon nach außen geleitet. Nach 2 Tagen Erbrechen
dann wieder Wohlbefinden, nach 6 Tagen Collaps und Tod.

Bei der Sektion fand sich Atherom der Coronararterie, braune At
Herzens, alte tuberkulöse Herde.

Der Tumor hat vermuthlich im Douglas seine Entstehung genomm
scheinlich war er eine diffuse Anlage. Die nach der Operation auftreten
blutung findet ihre Erklärung in Druckdifferenzen: Fluxionärer Hypera

Die Frage des Herrn Sonnenburg, ob eine Probepunktion vo
worden sei, verneint Herr König; wegen des Verdachtes auf Tuberkulo
unterlassen worden.

Herr König sen. bemerkt: Bei Thieren findet man sehr häufig in
vom Vas deferens und Hoden Massen von Fett, die man als Lipome
könnte; seiner Meinung nach hat das Lipom seinen Ausgang ebenfall
deferens und Hoden genommen.

Dem gegenüber bemerkt Herr König jun., dass der Tumor zu d
keinerlei Beziehung gehabt habe.

4) Herr Bail: Die Schleimhaut des Magen-Darmkanales
gangspforte pyogener Infektion.

B. berichtet über Versuche, die er zur Klärung der Frage der pyo
fektion vom Magen-Darmkanale aus unternommen hat. Er experime
hochvirulentem Streptokokkenmateriale an Kaninchen, 10—12 Woc
Thieren, indem er ihnen mit der Magensonde 5,0 und 6,0 einer 1tägigen
kultur einverleibte. Die Sonde wurde nun bis in den unteren Ösophagu
vorgeschoben, blieb dort $1^1/_2$ Stunden liegen und wurde in der Zeit me
Leitungswasser durchgespült. Durch mikroskopische Untersuchung de
organe wurde eine Infektion auf diesem Wege ausgeschlossen. Da die
des pyogenen Materiales auf die Schleimhaut des gesunden, normale
Darmtraktus geprüft werden sollte, wurde von jeder chemischen oder me
Schädigung des Epithels Abstand genommen und sämmtliche Thiere nu
inficirt.

Von den 40 so inficirten Thieren starben 7 nach 2—3 Tagen an A
infektion (d. h. aus der sofort nach dem Tode vorgenommenen Herzbl
wuchsen hochvirulente Streptokokken), 10 überstanden die Infektion v
13 gingen im Verlaufe von 8—20 Tagen an Darmkatarrh zu Grunde, d
10 erlagen anderen Krankheiten (Pneumonie, Gregarinen). Bei 5 von
Allgemeininfektion gestorbenen Thieren gelang es uns, durch die mikro
Untersuchung von Magen, Dick- und Dünndarm den letzteren als Eing
der Infektion zu ermitteln. Es fanden sich die Kokken, wie die au
Präparate zeigen, nicht nur in und unter dem Epithel, sondern auch in
und den Lymphgefäßen der Submucosa und in den Gefäßen des zugehörig
teriums. Bakteriologisch wurden die Streptokokken bei sämmtlichen

aus dem Inhalte des Dünn- und Dickdarmes gezüchtet. B. spricht sich daher für die Möglichkeit aus, dass ähnlich wie im Rachen pyogene Bakterien von hoher Virulenz die unverletzte Epitheldecke der Darmschleimhaut durchdringen und zu einer Allgemeininfektion Veranlassung geben können.

5) Herr Borchardt: Zur Pathogenese der Ganglien.

Die gewöhnliche Auffassung der Entstehung von Ganglien unterscheidet eine arthrogene oder tendogene. Es entsteht ein Riss im Verlaufe der Sehne, und Gelenkflüssigkeit tritt aus, oder es bildet sich eine hernienartige Ausstülpung, in der Gallerte sich bildet.

Von Billroth und Virchow wurden außerdem im paraartikulären Gewebe kleine Lücken beobachtet, aus denen sich Ganglien gebildet hatten, so z. B. im Ligamentum cruciatum.

Von Knorr stammen Beobachtungen über Ganglien, die nicht mit Gelenkhöhlen, auch nicht mit Sehnenscheiden in Zusammenhang standen, und von Ledderhose sind Ganglien des Kniegelenkes beschrieben, die entstanden waren in Folge kolloider Degeneration des paraartikulären Gewebes. Damit übereinstimmende Befunde wurden von anderer Seite und in einem Falle auch vom Vortr. erhoben.

Bei einer jungen Dame fand sich am Oberarme, im Sulcus bicipitalis verlaufend, eine 6 cm lange, spindelförmige Geschwulst von Bleistiftdicke, die bei der Incision einriss und Gallerte entleerte. Sie ging oben und unten in die Tricepssehne über und war eine typische Ganglienbildung, oder vielmehr cystöse Degeneration der Sehne.

Zahlreich angefertigte mikroskopische Schnitte bestätigen den Befund und den Übergang vom gesunden zum kranken Gewebe.

6) Herr Bier: Mehrfache Laparotomie.

Eine vor einiger Zeit in einer Frauenklinik wegen Tubargravidität operirte (laparotomirte) 28jährige Frau ließ sich im kgl. Klinikum aufnehmen, nachdem sich eine schmerzhafte Auftreibung des Leibes eingestellt und eine geschwulstartige Härte in der Nabelgegend gebildet hatte.

Laparotomie:

Nach Lösung breiter Adhäsionen und Entwicklung eines Konglomerates aufgeblähter Darmschlingen fanden sich 3 Löcher im Darme, deren eines übernäht werden konnte, während die anderen eine Resektion und Vereinigung mit Murphyknopf nöthig machten.

In einer Darmschlinge ließ sich ein Tumor durchfühlen, der sich nach Incision als ein 1 m langer, $^1/_2$ m breiter Gazestreifen erwies. Derselbe ist vermuthlich in Folge Bildung eines Abscesses und Perforation der Darmwand in das Darmlumen eingedrungen und durch peristaltische Bewegungen des Darmes völlig in dasselbe hineingezogen worden.

Sarfert (Berlin).

---

15) **C. Leuw** (Glarus). Ein durch Laparotomie geheilter Zwerchfellbruch.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1900. No. 8.)

Ein 23jähriger Mann, der vor $1^1/_2$ Jahr einen Stich in die linke Brust bekommen hatte, erkrankte mit lebhaften Leibschmerzen und bekam schließlich nach 4 Wochen die Zeichen des Darmverschlusses. Der alten Stichverletzung versäumte man bezüglich der Diagnose irgend welche Bedeutung beizumessen. Erst nachdem man zu dem Medianschnitte durch die Bauchdecken einen zweiten am linken unteren Rippenbogen entlang hinzugefügt hatte, war die Abtastung der Einklemmungsstelle an der linken Kuppe des hochstehenden Zwerchfelles möglich. Die Reposition war auch nach Erweiterung des Bruches mit dem Messer unmöglich. Man verzichtete wegen mancherlei Komplikationen darauf, nachdem sich gezeigt hatte, dass wenigstens Durchgängigkeit des Darmes erzielt war. Pat. genas und ist jetzt $5^1/_2$ Jahre nach der Operation voll erwerbsfähig.



L. bespricht die Schwierigkeit der Diagnose und die Frage, ob man die Thorakotomie oder die Köliotomie im gegebenen Falle machen soll. Er kommt zu dem Resultate, dass je nach Lage des Falles das Eine oder das Andere vorzuziehen sei. Die Beachtung einer früheren Stich- oder Schussverletzung des Zwerchfelles für die Diagnose bei Ileus wird durch den Fall sehr veranschaulicht.

P. Stolper (Breslau).

16) **M. P. Audion.** Deux observations de péritonite aiguë secondaire, probablement à pneumocoque, terminée rapidement par la mort.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Oktober.)

Der 1. Fall betrifft ein 3jähriges Kind, das im Resolutionsstadium einer Bronchopneumonie plötzlich Fieber von 40,5 bekam. Ein eitriger Ohrenfluss, der sich danach einstellte, brachte die Temperatur nicht zum Sinken, vielmehr verfiel das Kind unter Erbrechen, Meteorismus, Schmerzhaftigkeit des] Bauches, bis 3 Tage nach jener Temperatursteigerung der Tod eintrat. Bei der Autopsie fand sich eine allgemeine eitrige Peritonitis, hervorgerufen durch Invasion des Pneumococcus, dem einige Streptokokken beigemischt waren.

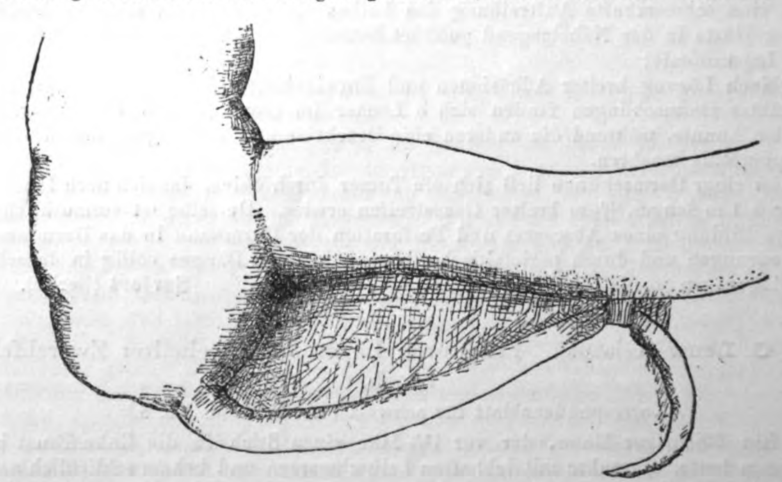
Im 2. Falle trat bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren ebenfalls im Anschlusse an eine Bronchopneumonie ziemlich plötzlich die tödliche Peritonitis auf, deren Eiter alle Charaktere des Pneumokokkeneiters darbot. Bakteriologische Untersuchung wurde nicht gemacht.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

17) **J. Braquehaye.** Étranglement de l'appendice par bride simulant une appendicite à répétition. Résection de l'appendice à froid. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Juli.)

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass außer sehr intensiven Verdauungsbeschwerden ein hochgradig nervöser, der Neurasthenie ähnlicher Zu-



stand bei dem 36jährigen Kranken bestand. Der interessante Operationsbefund ist aus der beigegebenen Abbildung ersichtlich. **W. Sachs** Mülhausen i/E.).

18) **Wolff.** Zur traumatischen Perityphlitis.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 12.)

Bei einem 13jährigen, aus gesunder Familie stammenden Knaben entwickelte sich in unmittelbarem Anschlusse an eine Misshandlung in der Schule (Stoß in die rechte Bauchgegend, mehrmaliges Emporziehen und Niederstoßen des Körpers

auf die Schulbank) das ausgesprochene klinische Bild der Perityphlitis. Auf sachgemäße Behandlung geht dieselbe zurück, recidivirt aber nach etwa $^1/_4$ Jahre noch einmal, worauf endgültig Genesung auftritt.

Ungefähr 4 Wochen vorher war gelegentlich einer Magenerkrankung die Ileocoecalgegend bei 4maliger Palpation selbst bei tiefem Drucke schmerzlos gewesen, wesshalb Verf. den Gedanken an eine bei dem Knaben ev. schon vor dem Trauma bestandene sog. latente Entzündung völlig ausschließen zu können glaubt.

Motz (Hannover).

19) **Jeanmaire.** Appendicite avec abcès lombaire ouvert dans les bronches; guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. März.)

Der Fall, der einen Soldaten betraf, wurde zuerst als »Congestion pulmonaire« gedeutet, obgleich Pat. darauf bestand, dass seine Krankheit im Bauche begonnen. Diese Fälle, in den letzten Jahren häufiger beobachtet, verdienen immer wieder bekannt gegeben zu werden. Ref. beobachtete einen ähnlichen Fall, in dem die inneren Ärzte, darunter eine klinische Berühmtheit, bei der Diagnose einer eitrigen Pneumonie verharrten, bis eine plötzliche Wendung das Krankheitsbild in ganz anderer Weise aufklärte. Die eitrige Pneumonie war nämlich die Folge des Durchbruches eines perityphlitischen Abscesses in die Bronchien. Eine Zeit lang dauerte der eitrige putride Auswurf, bis er eines Tages völlig versiegte und sich statt dessen die Zeichen eines rechtsseitigen Bauchabscesses geltend machten. Noch bevor zur Operation geschritten werden konnte, hatte Pat. das Glück, dass sein Abscess in den Darm durchbrach, womit vollständige Heilung eintrat.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

20) **O. Horwitz.** Appendicular abscess into the sac of a reducible inguinal hernia.

(Philadelphia med. journ. 1900. April 21.)

Im Verlaufe einer abscedirenden Appendicitis bildete sich bei einem Manne, der früher an einem reponiblen Bruche gelitten hatte, in der rechten Leistengegend eine Geschwulst, die, zum Theil in den Hodensack herabreichend, für einen eingeklemmten Netzbruch angesprochen wurde. Nach Eröffnung des appendicitischen Abscesses auf dem gewöhnlichen abdominalen Wege stellte es sich aber heraus, dass der vermeintliche Netzbruch eine Eitersenkung in den alten Bruchsack war. Durch Gegendrainage vom Hodensacke her trat völlige Heilung ein.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

21) **G. Maurange.** Fièvre typhoïde, à début anormal, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale précoce et terminée par guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. September.)

Charakteristisch für die schwierige Beurtheilung des Falles ist, dass der zuerst gerufene Arzt, da ihm das Krankheitsbild als Appendicitis imponirte, einen Chirurgen zur Konsultation rief, dieser, da er sich mangels jeder Lokalisation von der Nothwendigkeit einer Operation nicht überzeugen konnte, auf der Zuziehung eines Professors der inneren Medicin bestand, der seinerseits einen chirurgischen Eingriff für dringend hielt. Der nun hinzugerufene Chirurg erklärte sich mit der Diagnose Appendicitis einverstanden, öffnete in typischer Weise den Bauch, fand den Wurmfortsatz verlagert und verändert (Appendicitis chronica obliterans), aber keinen Grund für die schwere Erkrankung und das enorme Fieber (bis 41,2°). Einige Tage nach der Operation, als immer noch Temperaturerhöhungen bis 39° vorkamen, wurde die Widal'sche Probe, und zwar mit Erfolg, angestellt (!).

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **Herdtmann.** Ein Fall von eigenartiger traumatischer Entstehung eines Schenkelbruches.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 6.)

Bei einer 57jährigen Frau tritt nach einem Falle mit der rechten Leistenbeugengegend auf den Henkel eines Fasses ein hühnereigroßer Schenkelbruch auf. Bei der nothwendig gewordenen Herniotomie findet man außerdem ein vom horizontalen Schambeinaste abgesprengtes, durch den M. pectineus nach abwärts gezogenes, 3,5 cm langes, 1 cm dickes Knochenstückchen, in Folge dessen die knöcherne Umwandung des Schenkelkanales erweitert worden war, außerdem eine Erweiterung des bindegewebigen Theiles des Schenkelkanales in Folge Einreißens desselben. **Motz** (Hannover).

23) **Casott.** Ein Fall von eingeklemmter Hernia ischiadica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 22.)

Ein 21jähriger Schmied hatte 5 Tage zuvor beim Heben eines schweren Basaltsteines plötzlich einen heftigen, stichartigen Schmerz im Gesäß verspürt. Bei der 1. Untersuchung nach 5 Tagen war eine kaum wahrnehmbare Schwellung des Glutaeus maximus vorhanden bei deutlichen Incarcerationserscheinungen. Alle übrigen Bruchpforten frei. Die Operation wurde bei dem sehr elenden Zustande nicht mehr gemacht. Die Sektion zeigte eine brandige Darmschlinge in dem Foramen infrapyriforme. **Borchard** (Posen).

24) **H. Bernard.** Un cas de cancer de l'estomac avec abcès préstomacal.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. August.)

An dem Falle B.'s ist bemerkenswerth, dass ein großer Abscess, der im Endstadium des Magencarcinoms sich vor dem Magen entwickelte und durch die vorgewölbte Bauchwand oberhalb des Nabels incidirt und entleert wurde, innerhalb 3 Wochen ausheilte, ohne eine Fistel zu hinterlassen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

25) **T. Wikerhauser.** Zwei Fälle von in die Bauchdecken »penetrirenden« Magengeschwüren.

(Liečnički viestnik 1900. No. 7. [Kroatisch.])

W. berichtet über 2 Fälle von Magengeschwüren, die in die nähere Umgebung (nicht in die freie Bauchhöhle) durchbrechen und die D. Schwarz penetrirende Magengeschwüre benannte (cf. dieses Centralblatt 1900 p. 111—112).

1) Die 46jährige Pat. litt vor 7 Jahren an Geschwürssymptomen, welche dann verschwanden und sich vor 4 Jahren wieder in hohem Grade wiederholten. Seit dieser Zeit verschlimmert sich der Zustand immer mehr. Erbrechen nicht oft, aber fortwährend starke Schmerzen und Krämpfe, besonders nach dem Essen. Pat. ist sehr schwach und anämisch, der Magen nicht besonders dilatirt; oberhalb des Nabels harte, schmerzhafte, unbewegliche, nussgroße Geschwulst, von der sich unter dem linken Rippenbogen eine undeutliche, schmerzhafte Resistenz fortsetzt. Starke Hyperacidität, Aufstoßen.

Bei der Laparotomie wurde der Magen voll streifiger und sternartiger Narben gefunden, Verwachsungen nach allen Seiten. Unter dem linken Rippenbogen ist der Magen in der Ausbreitung eines Handtellers mit den Bauchdecken verwachsen, auch sonst von vielen Verwachsungen fest fixirt. Am Pylorus eine nussgroße, narbige Geschwulst. Die Lösung der Verwachsungen gelingt nicht; da auch die Hinterfläche des Magens voll solcher und voll Narben ist, kann auch die Gastroenterostomia retrocolica nicht ausgeführt werden; daher breite Gastroenterostomie nach Wölfler an einer Stelle, die von links am weitesten hervorgezogen werden konnte.

Die Krämpfe nehmen nach der Operation langsam ab, treten mit einer geringeren Intensität auf. Pat. machte noch 14 Tage nach der Operation eine stärkere Magenblutung durch, die auf große Bismuthdosen zum Stehen gebracht wurde. Pat. besserte sich unter roborirender Behandlung und wurde mit ganz geringen Beschwerden bedeutend erholt entlassen.

Die Resektion des angewachsenen Magentheiles war in diesem Falle wegen der massenhaften Verwachsungen unmöglich; wegen der vielen Narben war auch das Feld für eine solche ungünstig. Bei solchen Fällen soll die Gastrolyse mit gleichzeitiger Gastroenterostomie versucht werden, und wenn dies nicht Hilfe bringt, so wird nichts übrig bleiben, als die totale Magenexstirpation, welche dauernde Heilung erzielen wird, da es sich nicht um eine bösartige Neubildung handelt.

2) Die 47jährige Pat. leidet seit 4 Jahren an Magenbeschwerden; seit einem Jahre Schmerzen im linken Epigastrium, seit einigen Monaten bricht Pat. nach dem Essen. Nie blutiges Erbrechen noch Stuhl. Vor 5 oder 6 Monaten bemerkte sie eine schmerzhafte Geschwulst oberhalb des Nabels.

Pat. ist ganz abgemagert. Der ganze Bauch etwas aufgetrieben. Starke Magenerweiterung. In der Nabelgegend eine unebene, unbewegliche, eigroße Geschwulst, die mit den Bauchdecken und mit dem Magen verwachsen ist.

Bei der Laparotomie wurde der Magen oberhalb und links vom Nabel mit den Bauchdecken fest verwachsen gefunden an einer Stelle von ca. 4 cm Durchmesser. Der Pylorus hart, narbig, verengt, mit der Umgebung verwachsen. Die Verwachsung des Magens mit den Bauchdecken wurde gelöst, worauf ein Defekt der Magenwand von ca. 3 cm Durchmesser zurückbleibt, beiläufig in der Mitte zwischen großer und kleiner Curvatur; er wird elliptisch durch alle Magenschichten umschnitten, seine obere Partie durch Naht verschlossen und in der unteren eine Gastroenterostomie angelegt. Da viele Nähte einschneiden, so wird über dieselben ein Netzstück durch Nähte befestigt.

Verlauf ohne jedwede Komplikation; Pat. erholt sich langsam und wird 8 Wochen nach der Operation geheilt, ohne jedwede Beschwerden, entlassen.

In diesem Falle gelang es, das penetrirende Geschwür mit seiner narbigen Umgebung zu exstirpiren und den kranken Pylorus auszuschalten, also die Pat. vollkommen zu heilen. W. schreibt in diesem Falle den tadellosen Verlauf der Netzplastik zu, da der narbige, zerreißliche Magen für eine Resektion ungünstig war. Eine Tamponade der Operationsstelle hätte im besten Falle zu Magenfisteln oder aber zu erneuerten Verwachsungen des Magens mit den Bauchdecken geführt, und nur durch die Netzplastik war es möglich, den Bauch zu verschließen und den Magen wenigstens vor ausgedehnteren Verwachsungen zu bewahren.

v. Čačković (Agram).

26) **M. v. Čačković.** Ein Fall von Magengeschwür, das in die Bauchdecken und in das Pankreas penetrirte.

(Liečnički viestnik 1900. No. 7. [Kroatisch.])

Die 62jährige Pat. erkrankte vor 7 Jahren an Geschwürssymptomen, danach blieb zeitweiliges Erbrechen zurück. Seit $^1/_2$ Jahre bricht sie fast täglich.

Sehr anämisch und abgemagert. Oberhalb des Nabels eine mit den Bauchdecken und Magen verwachsene, unebene, harte, schmerzhafte Geschwulst, die sich unter dem rechten Rippenbogen verliert, aber von der Leber abgrenzbar ist. Der Magen sehr erweitert, reicht bis unter den Nabel.

Bei der Laparotomie (T. Wikerhauser) wurde der Magen in der Mittellinie unterhalb des Processus xyphoideus angewachsen gefunden. Lösung der Verwachsung, worauf in einer von der kleinen zur großen Curvatur verlaufenden breiten Narbe ein 1,5 cm langer, durch alle Magenschichten dringender Spalt zurückbleibt. Verschluss durch breite Nähte. Der ganze pylorische Theil des Magens durch Verwachsungen fixirt, hart, wie eine Geschwulst. Breite vordere Gastroenterostomie proximal der Narbe.

Die nach der Operation sehr kollabirte Pat. erholt sich etwas durch tägliche Hypodermoklysen von 700—800 g physiologischer Kochsalzlösung. Nach 5 Tagen

starke Magenblutung, welche nicht zum Stehen zu bringen ist. Pat. kollabirt immer mehr und stirbt 8 Tage nach der Operation.

Bei der Sektion wurde große Anämie der inneren Organe gefunden. Der Magen sehr erweitert, besonders der Fundus und der pylorische Theil der großen Curvatur stark ausgebuchtet. Der ganze pylorische Theil des Magens verdickt, in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus (die Distanz dieser 2 Öffnungen ist normal) an der oberen Partie nahe der kleinen Curvatur der vernähte Spalt in der beschriebenen, über $^1/_2$ cm dicken Narbe liegend. Die Narbe setzt sich auf die hintere Magenwand fort, welche mit dem Pankreas verwachsen ist. An der Innenfläche des Magens in der hinteren Magenwand ein handtellergroßer, runder, tiefer Defekt der Schleimhaut mit vernarbten Rändern, in der Tiefe des Defektes ein exulcerirtes Carcinom. Der harte Rand des Defektes und die umliegende hypertrophische Schleimhaut bilden eine Klappe, so gestaltet, dass ein förmlicher von unten nach oben zum Pylorus verlaufender Kanal sich bildet. Da die Peristaltik senkrecht auf diese Klappe einwirkt, so verschließt sie der Nahrung den Ausgang aus dem Magen, während der Pylorus selbst nicht stark verengt ist.

In diesem Falle handelte es sich um ein Magengeschwür, das nach vorn und oben in die Bauchdecken, nach hinten in das Pankreas penetrirte; an letzterer Stelle entwickelte sich in der Narbe ein Carcinom. (Selbstbericht.)

27) **Hartmann et Soupault.** Résultats éloignés de 20 gastroentérostomies.

(Presse méd. 1899. No. 14.)

Die Resultate sind im Allgemeinen sehr günstig, natürlich bei Krebskranken schlechter als bei anderen. Besonders hervorgehoben wird das Verschwinden der lästigen subjektiven Beschwerden, der Schmerzen, des Erbrechens, der Übelkeiten etc. Aber auch objektiv ist eine wesentliche Besserung zu konstatiren das vorher vorhandene leichte Fieber verschwindet fast immer, die Kräfte kehren wieder, das Körpergewicht nimmt zu, in 2 Fällen um 10 und 15 kg; die Gesichtsfarbe wird besser. Die Carcinomkranken überlebten die Operation 3—18 Monate, im Mittel 7 Monate. Der Tod tritt aber unter zunehmender Schwäche, ohne Schmerzen und ohne Erbrechen ein. Die Ausdehnung des Magens ging häufig zurück; in den Fällen, wo die Dilatation schnell eingetreten war, wie bei Narbenstriktur nach Verbrennung oder bei Krebs, verschwand sie auch schneller, während in Fällen von Geschwür oder anderen Affektionen der Magen lange Zeit gebrauchte, um zur Norm zurückzukehren. 16mal konnte durch Aufblähen des Magens die Kontinenz der neuen Öffnung konstatirt werden; Muskelhypertrophie ließ sich dabei auch durch die anatomische Untersuchung alter Fälle von Gastroenterostomose nicht feststellen. Die motorische Funktion wurde stets besser, als sie vorher war; aber beinahe immer blieb ein Rest des Mageninhaltes unverdaut zurück. Diese Stase vermindert sich allmählich. Auch der Chemismus ändert sich: der Säuregehalt des Mageninhaltes vermindert sich, beim Carcinom verschwindet er fast ganz. Bei den gutartigen Stenosen hängt das vielleicht mit der Anwesenheit von Galle im Magen zusammen. Der Rückfluss der Galle hat bei keinem jener 20 Fälle gefehlt, aber niemals irgend welche Zwischenfälle veranlasst. Verff. halten die Ansicht, dass eine Reihe übler Erscheinungen mit dem Rückfluss der Galle in den Magen zusammenhängt, für irrig. Die Anwesenheit der Galle im Magen ruft kein Krankheitssymptom hervor, wie ihnen eine von Terrier angelegte Cholecystogastrostomie beweist. Die hartnäckige Verstopfung, an welcher Leute mit Pylorusstenose oft leiden, weicht nach Anlegung einer Magen-Darmfistel oft einer Diarrhöe. Auch die Urinsekretion wird reicher und sein Gehalt an Harnstoff normaler als vorher. **Tschmarke** (Magdeburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 18. August. 1900.

Mein Operationstisch. Neue Beinhalter.

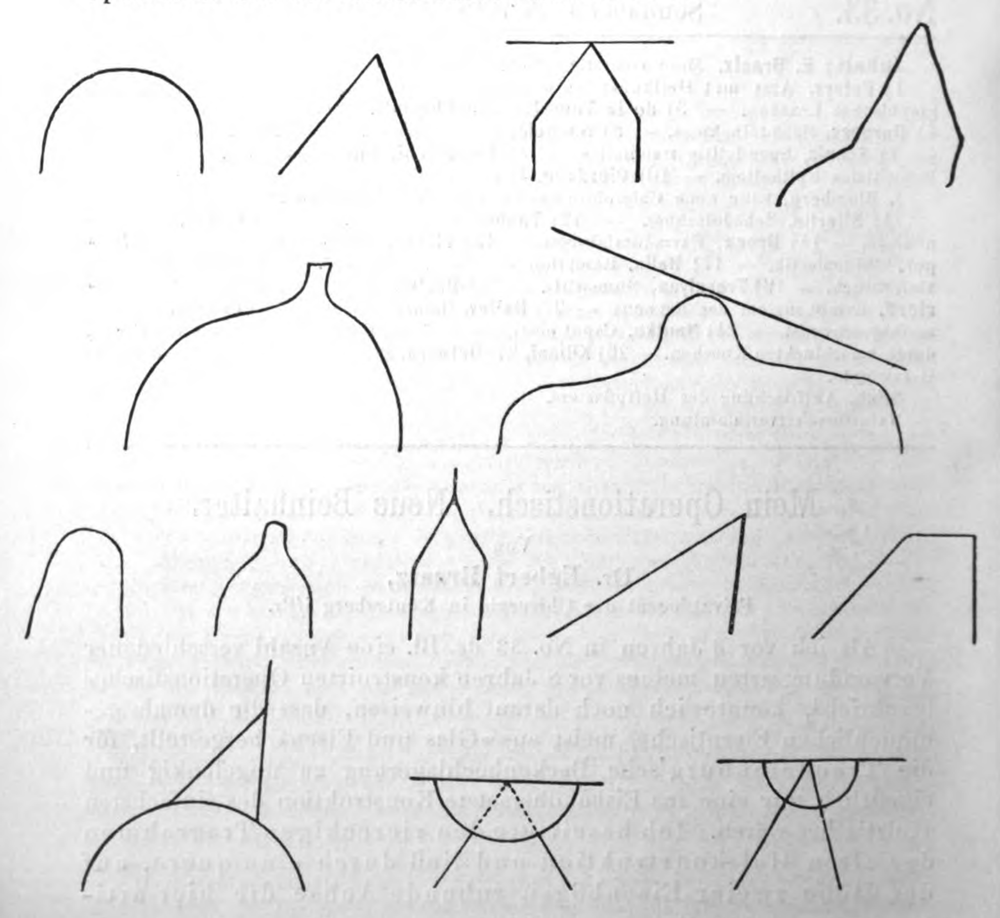
Von
Dr. Egbert Braatz,
Privatdocent der Chirurgie in Königsberg i/Pr.

Als ich vor 6 Jahren in No. 33 ds. Bl. eine Anzahl verschiedener Verwendungsarten meines vor 8 Jahren konstruirten Operationstisches beschrieb[1], konnte ich noch darauf hinweisen, dass die damals gebräuchlichen Eisentische, meist aus »Glas und Eisen« hergestellt, für die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung zu ungelenkig und eigentlich nur eine ins Eisen übersetzte Konstruktion des einfachsten Holztisches wären. Ich beseitigte den viereckigen Tragrahmen der alten Holzkonstruktion und ließ durch eine quere, auf der Höhe zweier Eisenbögen ruhende Achse die hier arti-

[1] Die erste kurze Veröffentlichung meines Operationstisches erfolgte vor 7 Jahren, s. Centralblatt für Chirurgie 1893 und Grundlagen der Aseptik 1893.

kulirende Tischplatte tragen. Mit der Konstruktion dieses Tisches war gleichsam der Bann der alten Starrheit und Ungelenkigkeit des Eisentisches gebrochen. Mit diesem Principe gelangte die ganze Überlegenheit des Eisenmaterials gegenüber dem Holze zur vollen Geltung, und es hat in der Chirurgie nie eine Epoche gegeben, wo in Konstruktion von Operationstischen eine so staunenswerthe Mannigfaltigkeit und Flüssigkeit zu Tage getreten ist.

Fast allen liegt der einfache Rundbogen und Spitzbogen meines Operationstisches zu Grunde, und es lassen sich aus der Kombination dieser beiden Grundformen unter sich und mit dem alten Tragrahmen, durch Verschiebung der Drehachse von der Mitte bis zum Ende, durch allerlei Veränderungen des Feststellungsmechanismus der Tischplatten, durch Veränderung der Bogenform etc. etc. eine ganze große Serie der zu Tage getretenen verschiedensten Muster verstellbarer Operationstische der letzten Jahre ableiten: Z. B.:

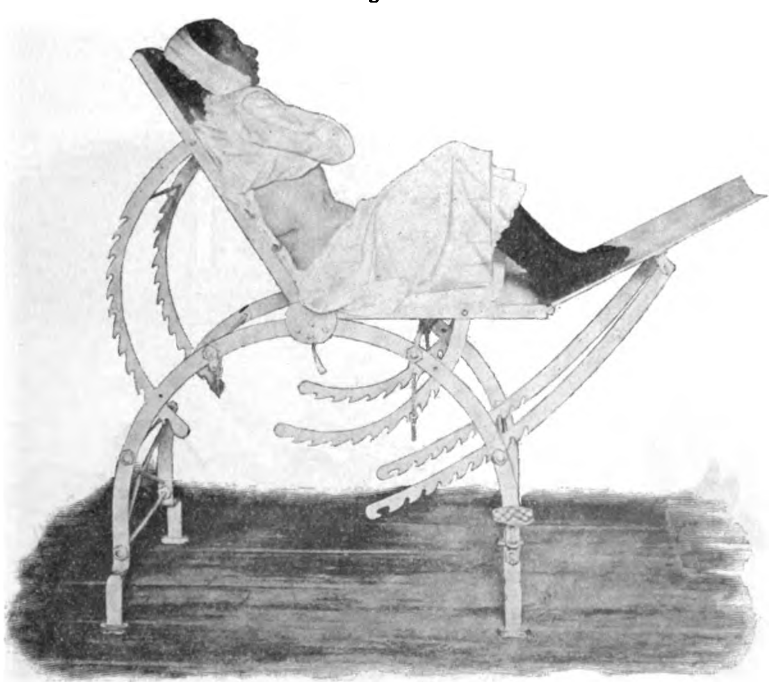


Eine so rege Bethätigung ist ja gewiss erfreulich, wenn auch nicht immer für dieselbe eine Nothwendigkeit erkennbar ist. Be-

sonders verständlich ist es, wenn Gynäkologen, die noch nicht auf »das ganze Weib« mit allen seinen Krankheiten Anspruch machen, für ihre besonderen Zwecke auch die Tische danach einrichten. Das bezieht sich einmal auf die möglichst schnelle Lagerung in Steiß-Rückenlage und möglichst bequeme Umstellung zur Beckenhochlagerung. Nur finde ich, dass die Beckenhochlagerung auch sonst vielfach übertrieben wird. Sie ist oft überhaupt keine »Lagerung« mehr, sondern der Pat. ist da vielmehr einfach an den Beinen aufgehängt. Eine solche Stellung würde z. B. ohne Narkose nur ein gut trainirter junger Turner auf einige Zeit aushalten können. Ein untrainirter, namentlich bejahrter Mensch würde dabei sehr bald das



Fig. 1.



Bewusstsein verlieren, gewiss lange bevor er im Gesichte cyanotisch und gedunsen ist. Diejenigen Tischkonstruktionen also, welche ein Heben des Beckens nicht ohne ein gleichzeitiges Senken des Kopfes gestatten, die also keine Stützvorrichtung für Kopf und Schultern haben, halte ich nicht für glückliche und bin der Ansicht, dass man von diesem umgekehrten Aufhängen der Pat. einmal abkommen wird, ohne die Vortheile der Beckenhochlagerung aufzugeben.

Was die Stellvorrichtungen betrifft, so darf deren leichtere Handhabung nicht gar zu sehr auf Kosten der Sicherheit eingerichtet werden. Bei manchen jener Modifikationen kann der Kranke gar zu leicht abstürzen, wenn beim Ändern der Stellung die Fixirung

gelöst ist und er nicht gleichzeitig mit den Händen gehalten wird. Diese Art von Wiegekonstruktion eignet sich in der That viel mehr für eine automatische Mausefalle.

Fig. 2.

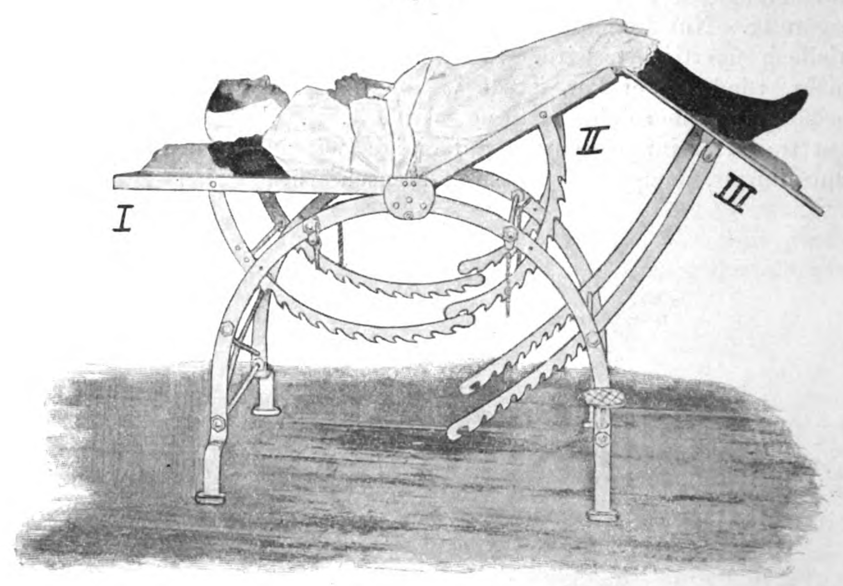
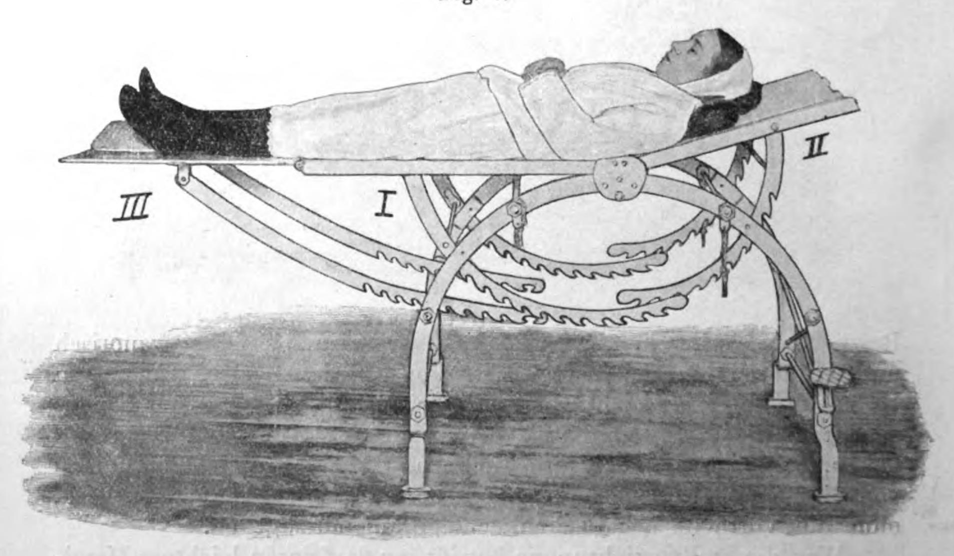


Fig. 3.

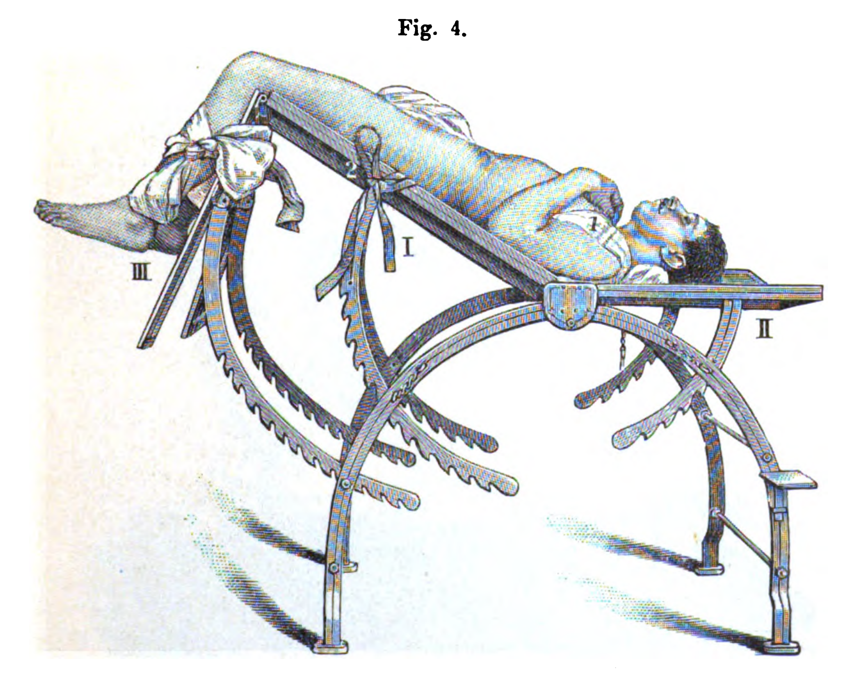


Ich habe in den 6 Jahren an meinem Tische nichts geändert, habe aber seine Vielseitigkeit noch mehr ausgenutzt und möchte zu dem früher Veröffentlichten mir einige Nachträge erlauben.

Für die Nierenuntersuchung ist es oft von Vortheil, den Kranken in aufrechter Stellung zu untersuchen. Noch besser aber ist es dann, in der Sitzlage zu untersuchen, wie es Fig. 1 zeigt: Der Oberkörper ist mit der Rückenplatte des Tisches fast aufrecht gestellt, die Knie sind angezogen, die Bauchmuskulatur erschlafft, die Füße gestützt. Ist die Nierengeschwulst noch beweglich, so fühlt man sie so sehr gut an ihrem tiefsten Ruhepunkte.

Auch bei der von Israel besonders empfohlenen Seitenlage stelle ich die Rückenplatte hoch, um die Niere nach unten sinken zu lassen und sie den tastenden Fingern näher zu bringen. Die Rückenplatte ist absichtlich so lang gewählt, damit der Körper nicht in der Taille eingebogen zu werden braucht. Welche Lage die beste

Fig. 4.



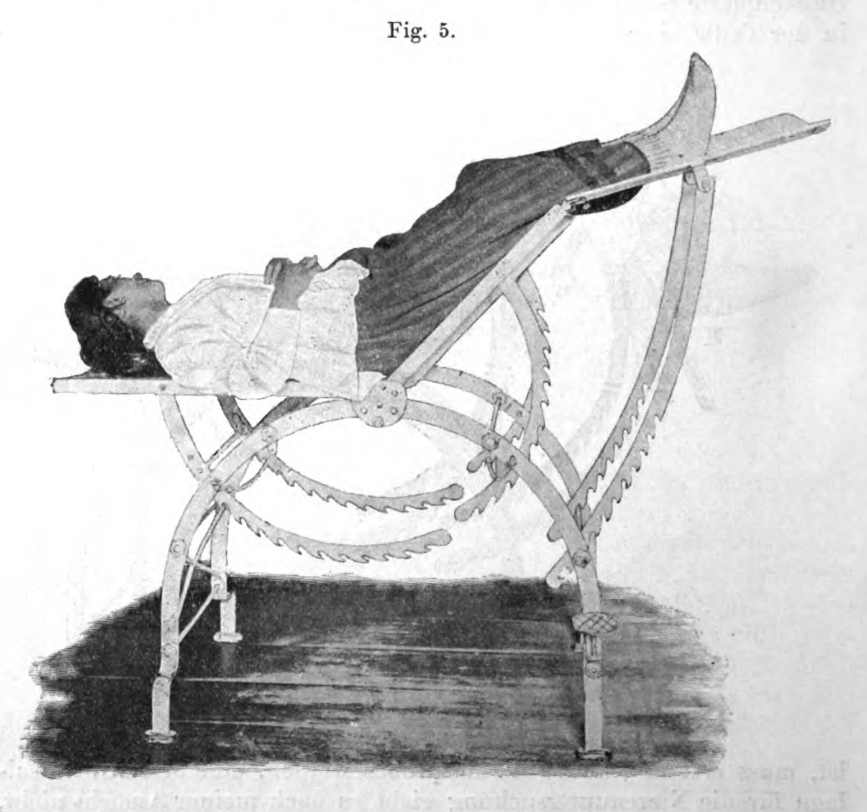
ist, muss erst in jedem Falle ausprobirt werden, eine beste Universallage für die Nierenuntersuchung giebt es nach meiner Ansicht nicht, ja manchmal fühlt man die Niere keineswegs in der Seitenlage besser, sonder schlechter als in gewöhnlicher Rückenlage.

Recht empfehlenswerth ist es, sich öfter der einfachen Hochstellung der Beckenplatte zu bedienen. Ich möchte diese Stellung (Fig. 2) im Gegensatz zur vollen Beckenhochlagerung (Fig. 4) die kleine Beckenhochlagerung nennen. Ich habe dieselbe nicht nur angewandt, wo ich eine vaginal angefangene Uterusexstirpation durch Laparotomie beendete, sondern gebrauche sie namentlich auch bei gewöhnlichen Untersuchungen der Beckenorgane. Die Beckenplatte meines Tisches ist eben lang genug, um noch eine

ganz wirksame und manchmal selbst für Operationen ausreichende Beckenhochlagerung zu gestatten.

Ist die Beckenplatte des Tisches im Interesse der gynäkologischen Lagerung gekürzt, wie das auch von anderer Seite geschehen ist, so reicht sie zu dieser kleinen Beckenhochlagerung weniger gut aus, und damit komme ich mit einem Worte auf diejenigen Modelle meines Tisches zu sprechen, die von einigen Fabrikanten mit meinem Namen belegt werden. Da muss ich denn sagen, dass das einzige Modell, welches alle Stellungen meines Originalmodells gestattet, nur das von Th. Schmucker fabricirte ist, der genau nach meinen

Fig. 5.



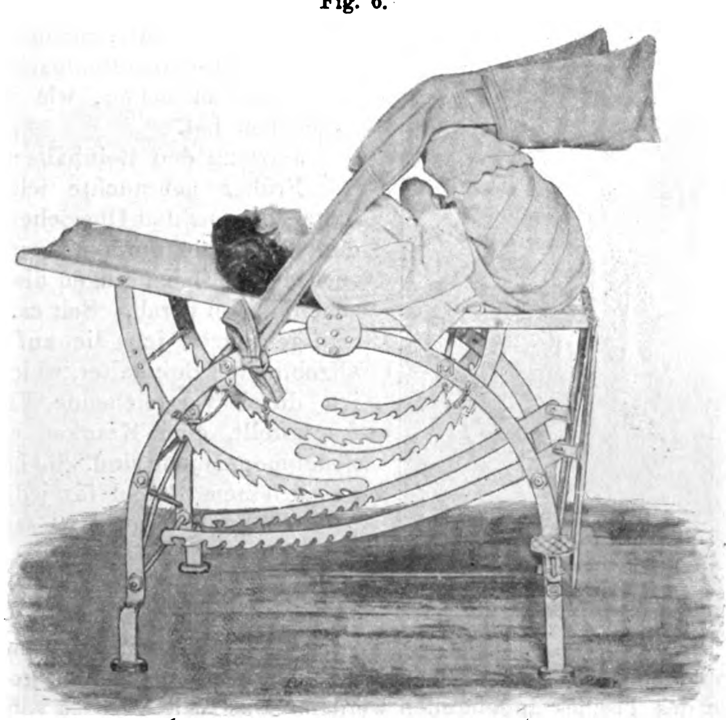
ursprünglichen Angaben weiter gearbeitet hat. Sonst sind wenigstens alle die Tische, die mir von anderen Fabrikanten zu Gesicht gekommen sind, in irgend einer Weise verdorben gewesen und erlauben eine weniger universelle Gebrauchsfähigkeit. Ein gewöhnlicher Fehler ist der, dass die Zackenblätter der Fußplatten zu kurz gemacht werden. Ich habe schon in meiner Arbeit (l. c. 1894) aus einander gesetzt, wesswegen diese Zackenblätter so lang sein sollen. Wenn sie kurz sind, wie an meinem ersten Modelle (vor 8 Jahren), so muss zur Beckenhochlagerung die Umschaltung der Fußplatten, d. h. ihr Anhängen an das Kopfende, erst vorgenommen werden,

wenn der Pat. schon chloroformirt ist. Das Abnehmen der Fußplatten, das Umdrehen der Pat. mit den Füßen nach dem Kopfende, das Anhängen der Fußplatten ist aber recht umständlich und unbequem.

Diese Unbequemlichkeit ist aber leicht zu vermeiden, wenn der Tisch so gearbeitet ist, wie ich es angegeben habe. Denn weiß ich von vorn herein, dass ich den Kranken nur in Beckenhochlagerung operiren will, dann stelle ich den Tisch zur Beckenhochlagerung schon vor der Narkose um. Ich nehme dazu die für gewöhnlich und sonst immer an der Beckenplatte hängenden Fußplatten (No. 3 z. B. der Fig. 2) ab, hänge sie an die Rücken-



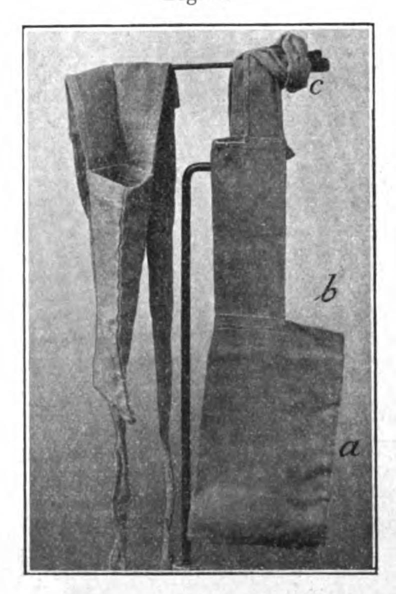
Fig. 6.



platte I und stelle den ganzen Tisch horizontal (Fig. 3). Jetzt legt sich der Pat. auf den Tisch, wird chloroformirt, und um ihn in die Beckenhochlagerung zu bringen, brauche ich den Tisch unter den Knien nur in die Höhe zu drücken. Dann liegt der Kranke wie in Fig. 4. Sind die Zackenblätter der Fußplatten aber zu kurz, so kann man den Tisch nicht horizontal stellen, also auch den Pat. nicht schon vor der Narkose zur Beckenhochlagerung richtig lagern. Ferner sind diese langen Zackenblätter eben so nothwendig zur Lagerung, wie sie Fig. 1 zeigt, als auch zur Hochlagerung in Rücksicht auf die Narkose, wie sie Fig. 5 zeigt. Die Hochlagerung der ge-

streckten Beine (Kocher) und eben so in Verbindung mit Schräglagerung des Unterkörpers verdient nach meinen Erfahrungen öfter, als das bisher geschehen ist, bei schwächlichen Kranken und schlechten Narkosen angewandt zu werden. So konnte ich ihren Nutzen namentlich in einem Falle konstatiren, in welchem die Pat. nur auf Zuruf athmete und sonst keine Athembewegungen machte. In der Vornhochlagerung athmete sie tadellos und hatte eine gute Narkose, während sie mir in 2 früheren Narkosen durch ihren Athmungsstillstand große Sorge gemacht hatte, das eine Mal davon sogar durch eine ganz respektable Asphyxie. Ich habe wegen der Nothwendigkeit der langen Zackenblätter mit mehreren Fabrikanten genug gesprochen, aber jeder, der Apparate oder Instrumente konstruirt hat, wird wohl die Erfahrung gemacht haben, wie schwer es oft hält, seine Sachen von den Instrumentenmachern so ausgeführt zu sehen, wie man es angegeben hat.

Fig. 7.



Jetzt zu den Beinhaltern.

Früher gebrauchte ich Beinhalter, die nur den Oberschenkel an der Kniekehle umfassten und zurückzogen. Dabei hingen die Unterschenkel frei herab. Seit ca. 5 Jahren gebrauche ich die auf Fig. 6 abgebildeten Beinhalter, welche, wie ich durch vergleichende Versuche festgestellt, dem Kranken viel angenehmer als jene sind. Sie bestehen aus je einem Beutel für jeden Fuß (Figur 7) und sind aus starkem Segeltuche gefertigt. An den Beutel (Fig. 7*a*), der bis zur Kniekehle reicht, schließt sich ein halb so breiter Knietheil (*b*), an welchen 2 breite starke Bänder (*c*) angenäht sind, welche um eine geeignete Stelle des Tisches angebunden werden. Das Knie wird so von außen und von innen umfasst, die Füße stützen sich bequem auf den Boden des Beutels[2]. Man kann diese Beinhalter auch leicht im Dampfe sterilisiren, oder man belegt sie einfach mit sterilisirten Kompressen. Sie sind genau nach meinen Angaben gearbeitet.

Eben so wie man die Beckenhochlagerung übertreiben kann, kann man auch das Anziehen der Beine durch Beinhalter übertreiben. Man soll wenigstens daran denken, die Beine auch der chloroformirten Kranken nicht allzu scharf anzuziehen. Auf den Abbildungen mancher

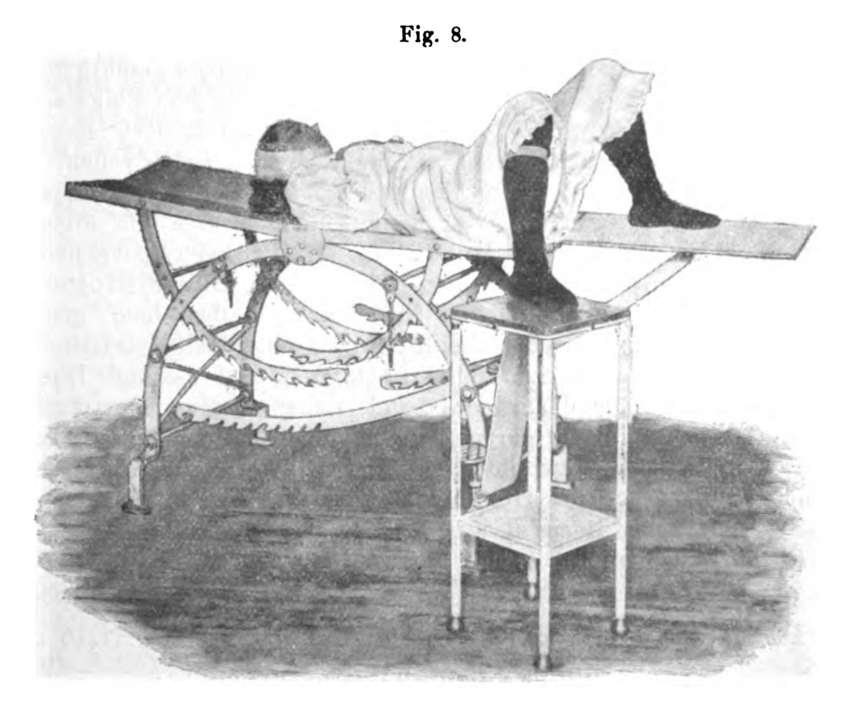
---

[2] Fallen einmal die Kniee zu weit aus einander, so kann man sie durch eine einfache Binde mehr einander genähert erhalten.

Kataloge sieht man auf den Operationstischen so gewaltsam zusammengeklappte menschliche Figuren, dass ihre Kniee die Schultern berühren. Mir ist es zweifelhaft, ob irgend einer der anderen, theilweise recht theueren Beinhalter mehr leistet als diese meine Segeltuchbeinhalter, welche 4,50 ℳ kosten. Zu beziehen sind sie von der hiesigen Firma Gebr. Siebert. Auch Schmucker in Heidelberg hält sie vorräthig.

Gynäkologische Untersuchungen mit den Simon'schen Spiegeln, Ausschabungen u. dgl. nehme ich meist in einfachster und ganz zweckmäßiger Weise ohne die Beinhalter vor, und zwar in der Stel-

Fig. 8.



lung, wie Fig. 8 es zeigt: Der linke Fuß der mit dem Damme bis ans Ende der Beckenplatte heruntergeschobenen Pat. ruht auf der linken Fußplatte, der rechte auf einen kleinen Tischchen. Die Pat. rückt mit der Mittellinie ihres Körpers ein wenig nach rechts (von sich aus gerechnet). Die Pat. muss sich dann einfach auf den Tisch legen und sich dann in liegender Stellung so weit wie nöthig herunterschieben. Zu dieser Lage eignen sich ohne besondere Vorrichtungen jene Tische nicht, die anstatt der beiden Fußplatten nur eine doppelt so breite ungetheilte für beide Unterschenkel haben.

---

1) **H. Peters.** Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit.

Leipzig, **Eugen Diederichs,** 1900. Mit 153 Abbildungen und Beilagen nach den Originalen aus dem 15.—18. Jahrhundert.

Wir haben es hier mit einem größeren Buchhändlerunternehmen zu thun, wie die Jahrhundertwende ihrer eine ganze Anzahl in die Welt gerufen hat. In den verschiedensten Sammlungen hat man ca. 5000 Holzschnitte und Kupferstiche aus dem Mittelalter und der neueren Zeit ausgewählt, hat sie nachgedruckt und nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet, um Bücher über die verschiedenen Stände, Berufe und Volksgruppen, über Sitten- und Zeitbilder herauszugeben, »nicht für Gelehrte, nicht für Geschichtsliebhaber allein, nicht nur für eine Berufsklasse, sondern für Jedermann geschrieben«. »Monographien zur deutschen Kulturgeschichte, die zum Volke sprechen sollen, wie Gustav Freytag es in seinen Bildern aus der deutschen Vergangenheit gethan hat.« Das Ziel ist sicher schön, wir finden auch in obenstehendem Theile des Werkes eine große Anzahl interessanter Illustrationen, von denen nicht wenige die ältesten deutschen Chirurgien, namentlich die Gersdorf's, beigesteuert haben, und unter denen wir Namen wie Burgkmaier, Dürer, Holbein, Chodowiecki begegnen. Aber der Text zu denselben genügt nur geringen Ansprüchen, namentlich die zweite Hälfte des Buches besteht nur aus einer Sammlung in buntem Neben- und Durcheinander sich folgender, hier- und daher zusammengetragener Excerpte, die dem Arzte gar nicht genügen können und dem Laien doch nur ein sehr verwischtes, unklares Bild von dem jeweiligen Stande und Ansehen der Heilkunst und ihrer Vertreter geben. Zum Beschauen ist das Buch also ganz hübsch, sein kulturhistorischer Werth aber doch nur gering. **Richter** (Breslau).

---

2) **Pagel.** Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts. Lfg. 1—4.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1900. Mit zahlreichen Bildnissen.

Vorstehendes Lexikon, das vollendet etwa ein Werk von 80 Druckbogen Stärke darstellen wird, das Lebensbilder derjenigen Ärzte enthalten soll, die mit schriftstellerischen und wissenschaftlich praktischen Leistungen an dem Ausbau der Heilkunde im verflossenen Jahrhundert betheiligt sind, bezw. gewesen sind, auch die Porträts vieler von ihnen wiedergiebt, das endlich im Verein mit einer ergänzenden Übersicht über die älteren Epochen der medicinischen Geschichte ein Gesammtbild des Entwicklungsganges der Heilkunst zu zeichnen verspricht, schließt sich eng an das in den Jahren 1884—1888 in demselben Verlage erschienene, von Wernich, Gurlt und Hirsch herausgegebene »Biographische Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker« an. So manche Artikel — nicht mehr lebende Ärzte betreffend — sind wörtlich aus ihm übernomme

noch lebenden ist der dort vorhandenen Biographie nur hinzugefügt, welche Veränderungen in dem Leben des Besprochenen eingetreten, welche neue litterarischen Leistungen aus seiner Feder veröffentlicht sind, u. dgl.; andere Artikel wieder, die zu umfangreich erschienen, hat man mehr oder weniger gekürzt, überall aber fehlt der Name des Autors, der den Originalartikel im großen Lexikon geschrieben hat. Natürlich übrigens, dass sich zwischen jenen älteren Artikeln eine ganze Anzahl neuer finden, Ärzte betreffend, die bis 1888 sich noch nicht ausgezeichnet hatten. Leider aber fehlen auch manche Namen, von denen man nicht recht einsieht, wesshalb ihre Biographien nicht wieder abgedruckt worden: z. B. aus dem Gebiete der ersten Hefte Ammon, Amussat, d'Alton, Aran, Balassa, F. M. Balfour, Th. H. Barker, Barwell u. A.

Die Ausstattung des Werkes, das Ende d. Js. vollendet vorliegen soll, ist, einschließlich der Reproduktionen der photographischen Porträts, gut.

Richter (Breslau).

---

3) **G. de la Tourette** et **A. Chipault.** De la percussion méthodique du crâne; contribution au diagnostic cranio-encéphalique. Rapporteur Lannelongue.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 12.)

Die Untersuchungen gelten der Dickenbestimmung des Schädels durch Perkussion. Der Klopfschall, durch den Finger erzeugt, ist hell bei Kindern, ziemlich dumpf bei Erwachsenen, dumpfer bei Männern als bei Frauen, gedämpfter als bei Greisen, heller über den Parietalia als den Frontalia. Die am Lebenden in 5 Fällen vor Operationen (am rasirten Kopf) gewonnenen Ergebnisse deckten sich mit den Befunden während der Operation. Einmal z. B. ergab sich auffallende, eng umschriebene Dämpfung an einer Stelle, wo die Dicke des Schädels 25 mm betrug. Bei Kontinuitätstrennungen des Schädels, besonders bei Kindern, könne man mitunter »un véritable bruit de pot fêlé« wahrnehmen. Der Versuch, einer so wenig ausgebauten Methode, wie z. Z. die Schädelperkussion noch darstellt, experimentelle Grundlage zu geben, ist gewiss zu schätzen.

Christel (Metz).

---

4) **A. H. Burgess** (Manchester). The treatment of necrosis of the frontal bone.

(Med. chronicle 1900. April.)

Die exakte Entfernung nekrotischen Knochens des Stirnbeines ist oft, besonders wenn Syphilis als ätiologischer Faktor eine Rolle dabei spielt, mit den größten Schwierigkeiten verbunden, wenn nicht geradezu unmöglich. Verf. sucht das nekrotische Knochenstück auf chemischem Wege zu lösen, indem er das Gewebe, das den Knochen festhält, durch künstlichen Magensaft verdauen lässt, die anorganischen Bestandtheile desselben aber durch 10%ige Salzsäure auflöst. Gute Erfolge in 5 Fällen.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

5) **O. Naegele.** Über Zungensarkom mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900.

Mittheilung eines Falles von angeborener Geschwulstbildung an der Unterseite der Zunge. Pat. starb 8 Tage nach einer Probeincision im 3. Lebensmonate an einer interkurrenten Erkrankung. Ausführliche Litteraturangaben. Hiervon sind bemerkenswerth 3 Fälle mit angeborenem Sarkom. Über den Verlauf der beiden anderen operativ behandelten Fälle konnte nichts eruirt werden. Je 1 Fall im 4. und im 11. Lebensjahre. Bei 2 Fällen wurde eine Geschwulstbildung im 4. bezw. 10. Lebensjahre bemerkt, underst 25 bezw. 12 Jahre später trat schnelleres Wachsthum ein (maligne Degeneration einer gutartigen Geschwulst!). Die beste Prognose trotz Neigung zu lokalen Recidiven haben die gestielten Sarkome (5 Fälle). Von 25 Fällen (inkl. dieser 5) von Zungensarkom wurden 10 mindestens 2 Jahre nach einmaliger Operation recidivfrei gefunden, bei 4 Pat. traten 1—3 Recidive auf, danach jedoch kein neues Recidiv, so weit die Beobachtung reicht (mindestens 2 Jahre).

Verf. fürchtet die schlechten Folgen auch des kleinsten Blutverlustes bei Säuglingen und hält desswegen die Prognose beim Zungensarkom der Säuglinge für schlecht. (Ref. möchte im Gegentheil auf die enorme Toleranz der Säuglinge gegen recht erhebliche Blutverluste hinweisen, z. B. bei Incisionen multipler phlegmonöser Furunkel.)

Göppert (Kattowitz).

---

6) **R. Abbe.** Spinal fracture-paraplegia.

(New York med. record 1900. März 3.)

A. hat eine Methode der Laminektomie angegeben und hält bei Wirbelfrakturen die Operation nach bekannten Grundsätzen für nothwendig. Die Prognose bei Paraplegie ist unmittelbar nach der Fraktur nach seiner Meinung ziemlich sicher zu stellen. 3 Fälle von Verletzung der Halswirbel werden genauer beschrieben, darunter zwei Operationen, eben so Operation einer Schussverletzung aus Cuba vom letzten Brust- und den 2 ersten Lendenwirbeln.

Eben so wie bei Depressionsfraktur des Schädels ist wegen nachfolgender Druckdegeneration auch am Rückenmarke die Operation gerechtfertigt. Die Laminektomie soll so früh wie möglich gemacht werden, am besten unter Cocain.

Nitroglycerin innerlich und häufiger Wechsel der Lage verhindern am besten die Folgen der gestörten Phrenicusfunktion bei Verletzung des 5. Halswirbels. Kalomel wird bei Störung der Funktion der Eingeweide gegeben, Absorption von Blutungen kann in 10—14 Tagen stattfinden.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **G. Schulz.** Weitere Erfahrungen über traumatische Wirbelerkrankungen (Spondylitis traumatica) und die diesen verwandten Affektionen der Wirbelsäule.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Verf. giebt einen umfassenden Bericht über die weiteren Erfahrungen und Fortschritte in der Erkenntnis der Kümmell'schen traumatischen Spondylitis, wobei auch verwandte Wirbelerkrankungen anderer Art eine eingehende Berücksichtigung erfahren.

In überzeugender Weise wird dargethan, dass die Kümmell-sche Spondylitis ein genau präcisirtes, streng typisch verlaufendes Krankheitsbild darstellt. Der Unfall und seine direkten Folgen bilden das erste Stadium derselben; dann folgt eine Periode relativen Wohlbefindens und neuer Arbeitsfähigkeit, bis zu einer Zeit, wo Arzt und Pat. das Trauma bereits vergessen haben, der Gibbus und seine Begleiterscheinungen auftreten. Die schon früher von Kümmell ausgesprochene Vermuthung, »dass für viele der Fälle eine Kompressionsfraktur, Fissur im Wirbelkörper als ätiologisches Moment sehr wahrscheinlich sei«, hat durch anatomische Befunde eine werthvolle Unterstützung erfahren. Wie Verf. ausführt, wird eine Wirbelkörperverletzung bei entsprechender Schonung und Behandlung ohne weitere Folgen ausheilen. Wo diese aber fehlt, da kann durch den fortgesetzten traumatischen Reiz eine Ostitis traumatica mit Resorption der Kalksalze und Einschmelzung der Knochenbälkchen entstehen. Andererseits wäre es aber falsch, alle Fälle von traumatischer Spondylitis als Wirbelfrakturen schlechtweg bezeichnen zu wollen, da sich das Krankheitsbild derselben wohl in keinem Falle mit dem Begriffe eines akuten Wirbelbruches deckt. Die Diagnose ist nicht immer leicht und kann oft erst nach längerer Beobachtung gestellt werden. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig; in den meisten Fällen kommt der Process nach mehrmonatlicher Behandlung zum Stillstand. Die Behandlung selbst hat in Ruhelage während des ersten Stadiums, in Gipskorsetten und Stützapparaten sonstiger Art im späteren Verlaufe zu bestehen. **Honsell** (Tübingen).

---

8) **Gumprecht.** Gefahren der Lumbalpunktion; plötzliche Todesfälle danach.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 24.)

Es existiren in der bisherigen Litteratur 15 plötzliche Todesfälle nach Lumbalpunktion; diesen fügt Verf. noch 2 an. Wenn man auch in der Hälfte der Fälle von einem zufälligen Zusammentreffen sprechen kann, so liegen doch bei den anderen die Thatsachen so, dass der Gedanke an einen ursächlichen Zusammenhang unabweisbar ist. Es betrifft dieser plötzliche Tod fast nur Kranke mit Hirngeschwülsten. Die Geschwülste der hinteren Schädelgrube überwiegen bei Weitem. Die Kranken bieten schon vor der Punktion Zeichen

des Hirndruckes. Während der Punktion steigert sich der Kopfschmerz in unerträglichem Grade. Der Druck der Spinalflüssigkeit ist nicht bedeutend und sinkt gewöhnlich nach ganz geringer Entleerung. (Es ist bei Hirngeschwülsten ein Abschluss der Lymphkommunikation zwischen Hirnkammern und Rückenmark beobachtet worden.) Der Tod tritt entweder gleich ein oder erfolgt mit Zunahme der Kopfschmerzen, dem Eintreten von Sopor und Athmungsstillstand nach wenigen Stunden. Anderweitige Erfahrungen weisen darauf hin, dass man in diesem Zustande durch Trepanation eine zeitweilige Erleichterung herbeiführen kann. **Borchard** (Posen).

---

9) **V. Veau.** Etude de l'épithélioma branchial du cou. Branchiome malin de la région cervicale.

(Revue de chir. 1900. No. 3.)

Die Studie stützt sich außer auf die in der Litteratur beschriebenen, auch auf 6 von V. gesehene und untersuchte Fälle von »branchialem Epitheliom« oder »bösartigem Branchiom« des Halses, im Ganzen auf 48 Beobachtungen von solchen. Mit Ausnahme eines betrafen diese nur männliche Individuen, zumeist im Alter von 40—70 Jahren. Als besondere Charakteristik der Neubildungen werden von V. ihre geringe Neigung, auf den Mundboden überzugreifen, das frühzeitige Eintreten von Verwachsungen mit der großen Halsvene, später auch mit der Carotis, dem N. vagus und M. sterno-cleidomastoideus, das sehr lange Ausbleiben von Verwachsungen mit der Haut, die Seltenheit der Erkrankung der Halslymphdrüsen — 9mal unter 48 Fällen — und des Auftretens von Metastasen in anderen Organen — nur in 2 — hervorgehoben. Die klinische und histologische Diagnose der branchialen Epitheliome, gegenüber der von den Lymphdrüsen, von aberrirenden Theilen der Schild- und Thymusdrüse oder einer Speicheldrüse und der Glandula carotidea ausgehenden Neubildungen erfährt in der Arbeit eine eingehende Besprechung, wobei Verf. zu der Hypothese kommt, dass, wenn diese Geschwülste mit den branchialen Epitheliomen Übereinstimmungen zeigen, sie von embryonnären Resten der Kiemenbogen in jenen Organen ausgegangen sein müssen, wie dies auch bezüglich mancher in der Parotis, Submaxillaris, Thyroidea etc. entstandener Geschwülste der Fall sei. Nachdem Verf. dann weiter gezeigt, dass die Lehre von dem branchialen Ursprunge der bösartigen Epitheliome des Halses auch alle anatomischen Besonderheiten derselben erklärt, resumirt er schließlich seine Ansichten dahin, dass in der Genese gewisser Halsgeschwülste, wie mancher an den Speicheldrüsen sich entwickelnder Neubildungen, sowohl das epitheliale Element der Kiemenbogen, als auch deren bindegewebiges in allen seinen Formen eine mehr oder minder wichtige Rolle spiele (branchiale Fibrochondrome — Teratome — Dermoidcysten — Mischgeschwülste). — Bei dem raschen Wachsthume der branchialen Epitheliome sind die Aussichten auf Radikal-

heilung durch Exstirpation nicht günstig; von 31 derartig Operirten sind nur 2 nach 1 Jahre noch gesund gewesen und 10 an bald darauf aufgetretenem Recidive innerhalb eines Jahres zu Grunde gegangen (5 rasch nach der Operation und bei 14 Ausgang unbekannt). In Rücksicht darauf, dass die Umwandlung von Cysten, Mischgeschwülsten, Fisteln etc. branchialen Ursprungs in Epitheliome wiederholt beobachtet worden, wird die frühzeitige Operation ersterer vom Verf. empfohlen.

Kramer (Glogau).

---

10) **E. Giordano.** La chirurgia del pericardio e del cuore.

Napoli, **Sangiovanni,** 1900. 207 S. Mit 12 Figuren.

Nach anatomischen Vorbemerkungen im ersten Theile seines Buches bespricht G. die Pathologie und Chirurgie des Perikards in einem zweiten und die Chirurgie des Herzens in einem dritten Theile. Mit letzterer werden auch die Verletzungen des Herzbeutels abgehandelt. Für die Perikardiotomie empfiehlt G. Zwecks sicherer Vermeidung der Pleura die temporäre Resektion eines entsprechenden Brustbeinabschnittes zwischen viertem und siebentem Rippenknorpel und ein Zurückklappen desselben von rechts nach links oder umgekehrt. Bei Herzverletzungen verwirft G. die Sondirung der äußeren Wunde im Allgemeinen als gefährlich. Bezüglich der hier in Frage kommenden Operationstechnik solle man sich vor Allem an den äußeren Wundkanal halten und entsprechend seinem Verlaufe zum Herzen vordringen. In einem Falle von Verletzung des linken Vorhofes leistete dem Verf. zur provisorischen Beherrschung der Blutung während des Nähens das Aneinanderhalten der mittels Klemmen gefassten Wundränder gute Dienste (Tod am 19. Tage unter septischen Erscheinungen). Im Thierexperimente fand alsdann G. ein breites Aufeinandernähen der Blätter des Pericardium viscerale — nach Art der Serosanähte am Bauchfell — zum sicheren und raschen Verheilen der Vorhofswunde für zweckmäßig. — Die einschlägige Litteratur und Kasuistik ist in dem vorliegenden Buche erschöpfend und eingehend berücksichtigt.

A. Most (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Eine neue Chloroformflasche.

Von

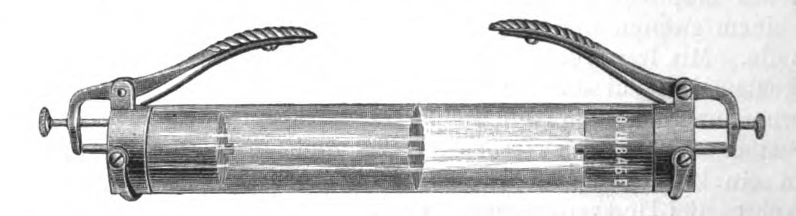
J. Blumberg in Moskau.

Zum Narkotisiren kann man gegebenen Falls selbst jede beliebige Flasche mit einem an der Seite rinnenförmig eingeschnittenen Kork als Chloroformbehälter benutzen, beim beständigen Gebrauche aber bedient man sich der besseren Funktion und sichereren Handhabung wegen besonders dazu hergestellter Apparate.

Solcher Vorrichtungen giebt es verschiedene, hinauf bis zu den komplicirtesten, wie z. B. der Geppert'schen Inhalationseinrichtung. Nicht Alle sind jedoch in der Lage, solche Apparate sich anschaffen zu können, auch ist es unmöglich, dieselben in der Praxis stets mit sich zu führen; es werden daher die einfachen Gieß- und Tropfflaschen immer weiter im Gebrauche bleiben. Aus eigener Er-

fahrung ist aber jedem Arzte zur Genüge bekannt, dass diesen letzteren einige Nachtheile und Fehler anhaften, die zu eliminiren wünschenswerth erscheint.

In beistehender Zeichnung ist nun ein Chloroformbehälter abgebildet, der sich seit einem Jahre schon bei mir sehr bewährt hat, indem er jederzeit sicher funktionirt, handlich ist und sowohl für die Gieß- als auch für die Tropfmethode dient. Er besteht aus einem gradirten dunklen Glascylinder, welcher mit einer für beide Öffnungen gleichen Vorrichtung verschlossen wird. Der mit einem metallenen Aufsatze versehene Kork ist von einem kurzen, dünnen Röhrchen durchbohrt, dessen äußere Mündung ein mit einer Feder versehener Hebel verschließt. Hält man nun den Chloroformbehälter mehr oder weniger senkrecht in der Hand und drückt die beiden dem Glascylinder fast parallel verlaufenden großen Hebelarme näher ans Glas, so werden die kurzen Hebelarme von den Mündungen der Röhrchen abgehoben, und die Luft tritt durch die obere Öffnung hinein, während durch die untere das im Cylinder befindliche Chloroform im Strahl, wie es bei der Gießmethode nöthig ist, herausfließt.



Um ein tropfenweises Heraustreten des Chloroforms zu ermöglichen, hat man beim oberen Verschlusse eine Schraube, die durch den kurzen Hebelarm läuft, so weit herunterzudrehen, bis sie sich auf die Metallpatte am Kork anstemmt; dadurch hebt sich der kleine Hebelarm von der Mündung des Röhrchens ab, und die Außenluft kommunicirt ungehindert mit der im Cylinder befindlichen. Die an dem unteren Verschlusse entsprechend angebrachte Schraube soll aber nur so weit den kleinen Hebelarm von der Öffnung entfernen, bis das Chloroform in gewünschten Intervallen tropfweise abfällt. Ein unregelmäßiges Funktioniren ist ausgeschlossen, weil das Rohr für den Luftzutritt und das für den Flüssigkeitsaustritt an entgegengesetzten Polen sich befinden. An den Metallaufsätzen der Korke sind ferner noch halbkreisförmige Bügel angebracht, welche sich über die kurzen Hebelarme schieben lassen, damit der Verschluss der Röhrchen beim Transport im Instrumentenbesteck nicht aufgehoben werden kann.

Zu haben sind diese Chloroformbehälter bei Schwabe in Moskau.

---

11) R. Stierlin. Schädelstreifschuss mit isolirten Basisfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 199.)

Die im Kantonsspitale Winterthur gemachte Beobachtung betrifft einen Mann, welcher sich mit einem Vetterligewehre verletzt hatte. Das Geschoss hatte die rechte Ohrmuschel durchbohrt und den Schädel an der hinteren Schläfengegend gestreift. Tod nach mehreren Tagen an den Folgen der schweren Gehirnkontusion und Meningitis. Bei der Sektion fand sich außer der Schädelzertrümmerung an der Schussstelle so wie den von ihr ausgehenden Bruchlinien und ohne Zusammenhang mit ihnen eine symmetrische Fraktur beider Orbitaldächer, der Art, dass hier je ein stumpfvierkantiges Stück mit ziemlich regelmäßigen Rändern ausgebrochen war. Keine Splitterungen und Fissuren an diesen Bruchlinien.

Derartige Beobachtungen sind selten, aber nicht neu; S. findet 22 Fälle davon. Er giebt eine etwas eingehendere Besprechung ihrer Entstehungsart. Da bei Schießversuchen auf leere Schädel ähnliche isolirte Basisbrüche nicht erfolgen, glaubt er, dass mit der hydrodynamischen Wirkung des Geschosses bei ihrer Ent-

stehung in erster Linie zu rechnen sei. Vielleicht aber kann man sogar annehmen, dass die Formveränderung des Schädels gar nicht zur Geltung kommt, wenn man sich vorstellt, dass bei den Schussverletzungen die Abflachung des Schädels (»Einbeulung«) so schnell von Statten geht, dass zwischen ihr und der Elasticitätsbeengung des Schädelsphäroids nur ein ganz minimales Zeitintervall liegt (»Zeitbeengung« — R. Köhler). Wärend desselben wäre das Gehirn dann einem Drucke entsprechend der Größe der Einbeulung ausgesetzt, und würde dieser Druck sich zur hydrodynamischen Wirkung addiren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **A. Tauber.** Cephalocele basilaris bei einer 30jährigen Frau. Klinisch-anatomische Skizze.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine einzig in ihrer Art dastehende Missbildung zu sehen und später zu obduciren, nämlich eine 30jährige Frau, welche eine angeborene Cephalocele basilaris besaß. Dieselbe war komplicirt durch einen äußerlichen Hydrops, welcher die harte Hirnhaut durch den angeborenen Defekt im Schädel hinaus und in die Orbitalhöhle hinein drängte. Auf diese Weise bildete sich neben schweren Schädigungen des betroffenen Auges ein Hydrocephalus meningeus herniosus. Je größer nun die Ansammlung der Flüssigkeitsmassen im Schädelraume wurde, um so mehr erweiterte sich die Schädelkapsel. Gleichzeitig wurden die Schädelknochen immer dünner, und es kam auf der rechten Schädelhälfte an mehreren Stellen zur Bildung von Lücken. Die durch den Process gesetzten Veränderungen sind so ungeheuerliche, dass ihr Umfang nur an der Hand der Abbildungen verständlich und begreiflich wird. Verf. deducirt aus der genauen Schilderung des durch die Sektion gewonnenen Präparates, dass es sich hier um den höchst seltenen Fall einer Cephalocele sphenoorbitalis bei einer erwachsenen Person handelte.

Zur Aufklärung einiger dunkler Punkte des Falles und zum Beweise seiner Sonderstellung ist eine Zusammenstellung und Klassifikation der Hernien des Gehirns beigefügt. Verf. unterscheidet 3 große Gruppen derselben, die Exencephalie, die Cephalocele und die Pseudocephalocele, deren besondere Kriterien angeführt werden. Die wichtigste Gruppe ist die mittlere, weil sie das größte chirurgische Interesse darbietet, da nur bei ihr bisher eine Radikaloperation angewendet wurde.

Sie zerfällt ebenfalls wieder in 3 Unterabtheilungen, die Encephalocele, die Meningocele und die Hydrencephalocele.

Nach der topographischen Lage der Geschwulst unterscheidet man hinwieder eine Cephalocele sincipitalis, occipitalis und basilaris, wie dies ja im Allgemeinen der Brauch ist.

Überträgt Verf. nun seine anatomischen Studien auf den klinischen Verlauf und Befund, so kommt er zu der Ansicht, dass die Kranke, mit einer kleinen Meningocele in der Augenhöhle geboren, durch einen Schlag auf den Kopf einen Hydrocephalus externus erhielt. Dieser entwickelte sich eine Zeit lang fortschreitend, aber langsam, um später auf dem Status quo stehen zu bleiben. Durch diesen langsamen Verlauf passte sich das Gehirn den Insulten an, so dass eine weitergehende Schädigung vermieden wurde. Das Resultat des ganzen Processes, der Schädelerweichung und -Atrophie war eine Kombination von Cephalocele spheno-orbitalis, Cephalocele spheno-maxillaris und Cephalocele sphenopharyngea, eine Erscheinung, welche bisher noch nicht in der Litteratur bekannt ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

13) **A. Cange.** Un cas de nécrose étendue des os du crâne.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. December.)

Die Nekrose ist bei einem 68jährigen Epileptiker im Anschlusse an eine Brandwunde entstanden, die er sich während eines Anfalles zuzog, indem er mit dem Kopfe während längerer Zeit in der Nähe eines glühenden Kohlenbeckens

lag. Nach 9monatlicher Eiterung stieß sich ein enormer Sequester los, der 12 cm im Längsdurchmesser, $8^1/_2$ cm in der Breite maß und Theile der Ossa frontalia, fast das ganze linke Temporale und einen Theil des rechten Temporale umfasste. Der Knochen stieß sich in der ganzen Dicke ab. Auf die epileptischen Anfälle hatte diese Spontantrepanation keinen Einfluss. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

14) A. Broca. Otite et mastoïdite chroniques, avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Juli.)

B. hatte schon vor der Operation die lokale Diagnose des Abscesses (in der hinteren Schädelgrube) trotz des bestehenden Stirnkopfschmerzes lediglich aus den Störungen des Gleichgewichts gestellt, welche das $7^1/_2$jährige Mädchen darbot.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

15) T. S. Flatau. Die radikale Operation des knöchernen Choanalverschlusses.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 40.)

Der knöcherne Verschluss der Choane ist eine ziemlich seltene Missbildung. Die Operation desselben ist schwierig, da man im Dunkeln zu arbeiten gezwungen ist, und undankbar, da die geschaffene Öffnung sich sehr leicht wieder schließt. Verf. erleichterte sich den Eingriff dadurch, dass er die untere Muschel fast in ihrer ganzen Ausdehnung resecirte, so dass er unter Kontrolle des Auges arbeitete. Es wurde sodann in die Knochenplatte mit dem Meißel ein viereckiges Loch geschlagen, wobei der Zeigefinger der linken Hand zum Schutze gegen Nebenverletzungen im Nasen-Rachenraume lag. In einem etwaigen späteren Falle würde Verf. statt dessen einen Tampon einführen. Der Erfolg war gut und dauernd.

Grisson (Hamburg).

16) P. Berger. Rhinoplastic totale; restauration du nez par une charpente metallique, comprise entre deux plans de lambeaux.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 9.)

Nachdem es Claude Martin geglückt war, durch oben bezeichnete Methode ein vom Körper geduldetes Gerüst herzustellen, hat B. einen totalen Nasendefekt in gleicher Weise geheilt. Das Gerüst bestand aus Platindraht; die innere Hautlage wurde thürflügelähnlich aus den Wangen, der deckende Lappen aus der Stirn geschnitten. **Christel** (Metz).

17) R. Belin (Paris). La résection du nerf maxillaire supérieur.

(Progrès méd. 1900. Mai 5.)

B. hat in einem Falle von schwerer Neuralgie des N. maxillaris sup. die Resektion desselben nach der von Poirier angegebenen Methode mit gutem Erfolge ausgeführt, welche gegenüber dem Lossen-Braun'schen Verfahren die temporäre Kieferresektion unnöthig macht. Nachdem zunächst der N. infraorbitalis am Foramen infraorbitale freigelegt und mit einem Faden angeschlungen worden, bahnt Poirier sich von einem ca. 4 cm langen, senkrecht zum Jochbogen und über das Kiefergelenk weggeführten Schnitt aus stumpf durch den Musc. temporalis und pterygoideus ext. einen Weg zur äußeren Lamelle des Proc. pterygoideus und weiter zur Flügelgaumengrube, in welcher der 2. Ast des Trigeminus leicht auffindbar sein soll. Hier wird er durchschnitten und nun durch Zug an dem Faden vom Foramen infraorbitale aus extrahirt. Die Methode setzt geringere Verletzungen im Gesicht, und die Narbe ist weniger entstellend.

Buchbinder (Leipzig).

18) **T. S. Carter.** Fractures of the inferior maxillae treated by a modified method of wire suture aided by the electro-motor.

(Lancet 1900. Juni 16.)

Verf. beschreibt 4 Fälle von Unterkieferbruch, die er nach seiner modificirten Methode mit Hilfe von silberplattirtem Kupferdraht geheilt hat; er empfiehlt zur Herstellung der Löcher im Knochen dringend den Gebrauch eines elektrisch betriebenen Bohrapparates.

Die technische Seite der Nahtanlegung beschreibt er genau, was im Originale nachzulesen ist; als Vorzüge des erwähnten Nahtmateriales gegenüber anderem Draht nennt er größere Widerstandskraft und Biegsamkeit.

F. Kraemer (Berlin).

19) **E. F. Trevelyan.** On diphtherial stomatitis.

(Brit. med. journ. 1900. April 14.)

Es werden 2 Fälle von membranöser Stomatitis mitgetheilt. Bei einem 35-jährigen Manne fanden sich Beläge an der unteren Seite der Zunge zu beiden Seiten des Frenulum so wie an der Unterlippe, bei einem 15jährigen Mädchen solche an Unter- und Oberlippe. Allgemeinerscheinungen fehlten beide Male vollständig. Im 1. Falle ergab die bakteriologische Untersuchung einen kurzen, mit einer centralen Einschnürung versehenen, sich unregelmäßig färbenden Bacillus, der sich von der kurzen Form des Diphtheriebacillus bezüglich dem Pseudodiphtheriebacillus nicht unterscheiden ließ. Im 2. Falle wurden zweifellos Diphtheriebacillen festgestellt in einem Taschentuche, mit welchem das Mädchen sich den Mund ausgewischt hatte, noch nach 7 Wochen. Beide Male trat rasche Heilung ein.

Weiss (Düsseldorf).

20) **Breton.** Vomissement presque incoercible lié à la rhinopharyngite et aux tumeurs adénoides.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1900. p. 235.)

Bei einem 5jährigen Knaben verschwand ein seit langer Zeit (Monate?) bestehendes Erbrechen sofort nach Entfernung der Adenoiden und stellte sich mit einem Recidive der letzteren wieder ein, um nach einer 2. Operation wieder zu verschwinden. (Ref. erreichte in einem Falle von Erbrechen bei einem etwa 11jährigen Mädchen mit Pharyngitis sicca durch eine einmalige Pinselung ein sofortiges Verschwinden des Erbrechens, die Pharynxaffektion bestand in erheblichster Weise noch nach einem Jahre. Der Grund des Erbrechens liegt wohl in der psychischen Steigerung des geringen Brechreizes bei vielen Pharynxaffektionen.)

F. Göppert (Kattowitz).

21) **A. Luckstorff.** Lymphangiom des Rachens mit Bildung krupöser Membranen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von Lymphangiom, welcher sowohl wegen der Seltenheit seiner Lokalisation — die hintere Rachenwand — als auch desswegen ein erhöhtes Interesse beansprucht, weil die von Zeit zu Zeit auftretenden entzündlichen Schübe jedes Mal von der Bildung dicker, krupöser Membranen begleitet waren. Wie des weiteren ausgeführt wird, lassen sich die entzündlichen Nachschübe, zu denen die Lymphangiome der Mundhöhle besonders neigen, nur durch Infektion, und zwar meist direkt von außen her, erklären. Die Volumschwankungen der Lymphangiome sind ebenfalls am ehesten durch eine Infektion, sei es durch die Lymphbahnen, sei es direkt von außen, zu erklären. Die Membranbildung, die Verf. Fall aufwies, beruht wahrscheinlich auf einer Gerinnung von Lymphe, die im entzündlichen Anfalle auf die Oberfläche der Schleimhaut entleert wird.

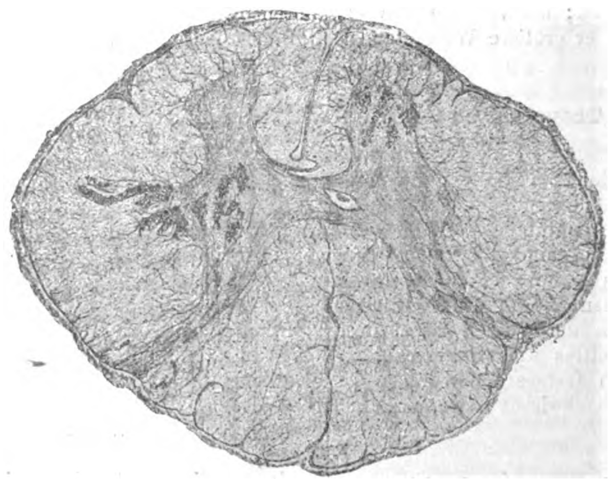
Honsell (Tübingen).

22) **P. Bailey** (New York). Traumatic hemorrhages into the spinal cord.

(Med. record 1899. April 7.)

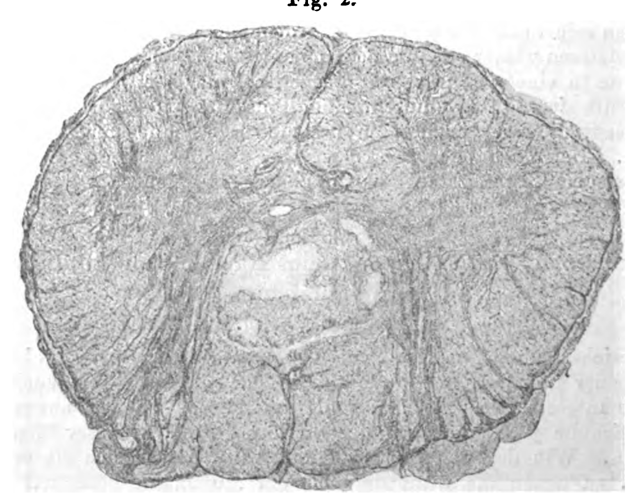
Verf. unterscheidet sekundäre Hämatomyelie, wie sie als Komplikation schwerer Markverletzung bei Frakturen und Luxationen vorkommt, und primäre, wie sie ohne Quetschung durch Knochen oder Knorpel eintritt. Mit der letzteren be-

Fig. 1.



Kleine Blutungen in die graue Substanz des 1. Dorsalsegmentes nach schwerer allgemeiner Körpererschütterung ohne Wirbelsäulenverletzung.

Fig. 2.



Höhlenbildung als Resultat einer röhrenförmigen Blutung hinter der grauen Kommissur.

schäftigt er sich im Besonderen und theilt Erfahrungen mit, die für die Frage der operativen Behandlung Beachtung verdienen. Gleich dem Ref. hat B. die Erfahrung gemacht, dass extramedulläre Blutungen (intra- wie extradurale) ohne schwere Wirbelverletzung und totale Querschnittszerstörung des Markes so gut





wie gar nicht in Betracht kommen. Diese Indikation zur Eröffnung der Wirbelsäule fällt also weg. Was nun die intramedullären primären Blutungen betrifft, so wäre bei ihnen ein operativer Eingriff überhaupt absurd.

Verf. unterscheidet:

1) ausgedehnte herdförmige Blutungen,

2) kleine herdförmige, und

3) durch das ganze Mark disseminirte Blutungen.

Die Abbildungen, welche B. von seinen frisch obducirten und sorgfältig behandelten Rückenmarken giebt, gleichen außerordentlich den vom Ref. (Deutsche Chirurgie Hft. 40) publicirten Fällen. Die Seltenheit der einschlägigen Beobachtungen mag ihre Wiedergabe im Bilde rechtfertigen, die besser als jede Beschreibung die Verhältnisse veranschaulicht.

Fig. 3.



Centrale Blutung mit Höhlenbildung im unteren Halsmark,

Fig. 1 zeigt den Querschnitt des 1. Dorsalsegmentes eines am 10. Tage in Folge von Leber- und Nierenzerreißung zu Grunde gegangenen Menschen mit allgemeiner Körperquetschung. Fig. 2 giebt den Querschnitt eines Markes, das durch mehrere Segmente diese eigenthümliche Art von Höhlenbildung zeigte. Auch das Rückenmark der Fig. 3 war in 2 Segmenten betroffen. Eine solche in Heilung begriffene Hämatomyelie kann nach B. das Bild der progressiven Muskelatrophie (amyotrophische Lateralsklerose) wie dasjenige der Syringomyelie ergeben.

Es ist klar, dass bei diesen central sitzenden Rückenmarksblutungen auch die Quincke'sche Lumbalpunktion diagnostisch keinen Aufschluss geben kann.

P. Stolper (Breslau).

23) **O. Quante.** Zwei Fälle von Rückenmarkstumor.

Diss., Kiel, 1899.

Zwei operirte Fälle von Spindelzellensarkom.

1) Bei einer 31jährigen Frau stellte sich eine völlige Lähmung der Beine im Laufe von einem Jahre ein. Doch fehlten nicht gewisse Reizsymptome, wie krampfhafte Kontraktionen bei manchen Berührungen, Steigerung der Patellarreflexe, Interkostalneuralgien. Eine antiluetische Kur hatte einen geringen Erfolg. Für den Chirurgen ist von Wichtigkeit die Thatsache, dass nach Resektion der Bögen des 5.—10. Brustwirbels mittels konkaven Meißels vor der Eröffnung der Dura nichts von der Neubildung wahrzunehmen war, trotzdem nach Incision der Dura die graugelbe, weiche Geschwulstmasse alsbald hervorquoll. Sie war überall von einer mit Gefäßen versehenen Kapsel umgeben und desshalb leicht herausschälbar. Sie saß zwischen Dura und Arachnoidea; über den Ausgangspunkt fehlt eine Angabe. Der funktionelle Effekt der Operation war gleich Null.

2) Ein 20jähriger Mann erkrankte mit Schmerzen in der Blinddarmgegend. Später trat unter gelegentlichen Neuralgien Parese der Beine und der Harnblase ein, auch Sensibilitätsstörung. Die Lumbalpunktion ergab keinen Aufschluss. Es wurden die Dornfortsätze bezw. Bögen des 10. Brust- bis 3. Lendenwirbels aufgemeißelt. Die Dura wölbte sich in der Lücke etwas vor. Durch den vom 10. Brust- bis zum 2. Lendenwirbel reichenden Duralschnitt quillt mit reichlicher Cerebrospinalflüssigkeit die graublaue, glatte und glänzende Geschwulstmasse hervor. Sie ist sehr brüchig, aber gut ablösbar. Die Geschwulst saß rechtsseitig und drückte das Mark nach links.

Pat. starb nach 6 Tagen an Meningitis. Die Infektion hatte offenbar von den Decubitalstellen aus stattgehabt. **P. Stolper** (Breslau).

24) **R. Nautke.** Ein Beitrag zur Ätiologie des Caput obstipum musculare.

(Inaug.-Diss., Kiel, 1900.)

Zwei Fälle dieser Krankheit, die auf hereditäre Momente hinweisen; einmal Mutter und 2 Kinder, einmal 2 in Schädellage geborene Geschwister. Ein Fall mit anderen kongenitalen Missbildungen. Verf. nimmt als Ursache des Caput obstipum außer der Verletzung intra partum 1) falsche Keimanlage, 2) intrauterine mechanische Einwirkungen an. **F. Göppert** (Kattowitz).

25) **W. W. Ditman.** Ein Fall von Verwundung der linken Carotis communis durch ein verschlucktes Stück Knochen.

(Wratsch 1900. No. 20.)

Ein Soldat hatte ein spitzes Stück Knochen (Hühnerschenkel, 4 cm lang) verschluckt und ließ sich, um es hinunter zu bringen, von einem Kameraden ein großes Stück Fleisch in den Schlund stoßen. Das Stück wurde glücklich verschlungen, und Pat. hielt sich für geheilt. Erst nach 4 Tagen kam er ins Lazarett mit einer Anschwellung links am Halse; kann Wasser schlucken. Abwartende Behandlung. Am nächsten Tage wird durch den Mund ein Glas Blut entleert, wobei auch der Knochen herauskam. Am 2. Tage schwarzer Stuhl, Abends 500 g Blut durch den Mund, am 3. wieder starke Blutung und am 4. Morgens Tod. Autopsie: Am Halse links das Zellgewebe von Blut durchtränkt. Im Ösophagus eine 6×4 mm große Öffnung, 4 cm vom oberen Rande des Schildknorpels entfernt; auf derselben Höhe in der Carotis ein 5 mm weites Loch.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) **Kiliani.** Totalempyem von 20monatlicher Dauer, geheilt durch Delorme's Operation.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. No. 3.)

Die als ein flacher Kuchen gegen den Hilus hin vorgefundene komprimirte Lunge eines 9jährigen Mädchens zeigte keine Neigung, sich wieder auszudehnen. Verf. entschloss sich daher zu einer Thoracoplastik, zog aber die Delorme-sche Operation der nach Schede vor, um die starke Verstümmlung zu vermeiden, trotzdem er kaum erwarten durfte, dass die Lunge sich nach 20monatlicher Kompression wieder entfalten würde. Er machte einen Thürflügelschnitt von der 6.—10. Rippe, klappte die Brustwand nach vorn und incidirte nun die Schwarte, welche den Lungenrest bedeckte. Das Loslösen dieser Haut war recht schwierig, gelang aber schließlich doch; schon während der Operation begann die Lunge sich wieder vorzuwölben; am Ende des Eingriffes lag sie »prall mit Luft gefüllt, athmend« vor. Der Lappen wurde zurückgeklappt und die Wunde bis auf eine kleine Drainageöffnung geschlossen. 4 Wochen nach der Operation war die Wunde vollkommen geheilt. Abgesehen von einer schon vorher entstandenen geringen Skoliose ist das Kind geheilt, seine Lunge liegt der Brustwand völlig an und funktionirt tadellos. Verf. empfiehlt das Verfahren für ähnliche Fälle warm.

Tschmarke (Magdeburg).

27) **R. Bernard.** Signification favorable de la fibrine dans un épanchement pleural.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Oktober.)

B. theilt eine Beobachtung mit, aus der die Richtigkeit der Carrière'schen Behauptung (Soc. de biol. 1899 Juni 3) hervorgeht, dass bei pleuritischen Exsudaten, die durch Punktion gewonnen wurden, aus der Stärke und Dichtigkeit der Fibringerinnung auf die Prognose des Processes geschlossen werden kann. Je dichter der Fibrinniederschlag, desto besser die Prognose. In Fällen mehrfacher Punktion nimmt mit jeder folgenden Punktion der Fibringehalt zu, wenn der Process zur Heilung neigt. In dem Falle B.'s waren 4 Punktionen nothwendig. Mit dem Auftreten reichlichen Fibrins in der Punktionsflüssigkeit trat Besserung des Allgemeinbefindens auf. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

28) **Marion.** Intervention pour plaie du coeur.

(Presse méd. 1899. No. 2 u. 5.)

Es handelte sich um einen 55jährigen Mann, der mittels eines Revolvers einen Selbstmordversuch gemacht hatte. Verf. sah ihn etwa 2 Stunden später und fand ihn bei vollem Bewusstsein. Einschussöffnung am oberen Rande der 5. Rippe, etwa 3 cm vom linken Sternalrande entfernt; Herzdämpfung nicht vergrößert, Puls regelmäßig, beschleunigt, Herztöne abgeschwächt, Athmung beschleunigt und oberflächlich; Gesicht cyanotisch; Pat. klagte über Schmerzen im Epigastrium. Verf. dachte zuerst an eine Bauchverletzung. Die Zunahme der Erscheinungen zwang ihn zur sofortigen Operation. Eine Sonde führte nach innen und unten, so dass der Verdacht einer Bauchverletzung berechtigt erschien. Es wurde daher der Bauch geöffnet, aber ohne jede Verletzung gefunden und wieder geschlossen. Nach Resektion der 5.—7. Rippe und des halben Brustbeines wurde der Herzbeutel eröffnet. Sofort stürzten große Mengen geronnenen Blutes heraus und aus dem rechten Ventrikel ein Blutstrahl von Fingerdicke, etwa 4 cm hoch. Von diesem Augenblicke an wurde die Herzthätigkeit immer schwächer. Das Loch wurde schnell vernäht, aber trotz regelmäßig ausgeführter Kompression, trotz Elektrisirens des Herzens direkt und anderer Maßnahmen wurde es nicht wieder zur Kontraktion gebracht; der Verletzte starb. Es fand sich an der Hinterwand des rechten Ventrikels eine große Ausschussöffnung. — Der Fall bietet hinsichtlich der Symptome, besonders auch in Bezug auf das verhältnismäßig gute Allgemeinbefinden noch 2 Stunden nach der Verletzung, aber auch durch den eigenthümlichen Weg des Geschosses manches Interessante.

Verf. empfiehlt auf Grund von Leichenversuchen zur schnellen Freilegung des Herzens eine temporäre Resektion der Brustwand, welche etwa von dem 7. bis 4. Rippenknorpel reicht und unterhalb der 3. Rippe das Brustbein mit umfasst. Dieser ganze Skelett-Theil wird mit einem entsprechenden Hautschnitt freigelegt und thürflügelförmig nach rechts hinübergeklappt. Mit etwas Vorsicht werden Pleura und Perikard dabei nicht verletzt. Auf ein besonderes Moment macht Verf. noch aufmerksam, das ist das gänzliche Fehlen einer Spannung im Herzbeutel, trotzdem derselbe mit Blut und Gerinnseln angefüllt war. Die Nähte können die ganze Dicke der Herzwand durchdringen. Die Misserfolge werden meist daran liegen, dass diese lebensrettende Operation erst zu spät zur Ausführung kommt. **Tschmarke** (Magdeburg).

Man bestreicht Stoff- oder Pflasterseite mittels breiten Pinsels, Schwämmchens oder Tupfers mit nachstehendem Gemische und legt das Pflaster einige Zeit bei Seite. Die Benetzung muss schwach geschehen.

Ol. terebinth.
Alcohol. absol. āā *50,0,*
Colophon. 5,0.

*Dr. **Stich,***
Oberapotheker am städt. Krankenhause zu Leipzig.

---

72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen

vom 16. bis 22. September 1900.

Angemeldete Vorträge:

1) *B. Bardenheuer, Köln, Über Behandlung der Phlegmonen.*
2) *Derselbe, Über Kapselverengerung bei Gelenkaffektionen.*
3) *R. Bartz, Eschweiler, Dauererfolg der operativ behandelten Bauchfelltuberkulose.*
4) *Derselbe, Operation einer Spina bifida. (Krankenvorstellung.)*
5) *Ad. Becker, Aachen, Demonstration von Präparaten.*
6) *Friedrich, Leipzig, Über anämische Lebernekrosen.*
7) *Graff, Bonn, Demonstration neuer orthopädischer Apparate.*
8) *A. Hoffa, Würzburg, Zur Behandlung des Pes valgus. (Demonstration.)*
9) *H. Krabbel, Aachen, Zwei seltene Magenoperationen.*
10) *Derselbe, Ungewöhnlicher Abdominaltumor bei einem Manne.*
11) *Derselbe, Über Schussverletzungen des Abdomen.*
12) *M. Landow, Wiesbaden, Centrales Osteom des Humerusschaftes.*
13) *C. Longard, Aachen, Krankenvorstellung. Fälle von Verletzung des Sprachcentrums.*
14) *Derselbe, Thoracoplastik.*
15) *E. Martin, Köln, Zur chirurgischen Behandlung der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung (spastische Stenose).*
16) *R. Morian, Essen, Vorübergehende Hämoglobinurie in Folge von Blutung in die Bauchhöhle.*
17) *W. Müller, Aachen, Demonstration zur Frage der Osteoplastik.*
18) *Derselbe, Zur Sehnenüberpflanzung.*
19) *F. Niehues, Bonn, Über die Erfolge der Hetolbehandlung bei Tuberkulose.*
20) *S. Pabst, Aachen, Demonstration von Präparaten.*
21) *W. Petersen, Heidelberg, Zur Kenntnis des Aufbaues des Carcinoms.*
22) *Derselbe, Magenkrankheiten bei Cholelithiasis.*
23) *J. Quadflieg, Aachen, Über Intubation.*
24) *A. Rosenberger, Würzburg, Über die Art und Bedeutung des chirurgischen Eingriffes während eines Typhlitisanfalles.*
25) *F. Schultze, Duisburg, Über Klemmnaht.*
26) *C. Stern, Düsseldorf, Beitrag zur Behandlung subkutaner Nierenrupturen.*
27) *A. Sträter, Berlin, Über Knochenerkrankungen im Röntgenbilde.*
28) *F. Viertel, Breslau, Über Blasenchirurgie, in specie über Operationen bei Prostatahypertrophie.*
29) *O. Vulpius, Heidelberg, Behandlung des Klumpfußes bei Erwachsenen.*
30) *O. Wolff, Essen, Über Behandlung der Knöchelbrüche mit Bardenheuerscher Gewichtsextension.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115) oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 25. August.** **1900.**

I. Über Verwendung des Thermophors bei der Wagner-Longard'schen Äthermaske.

Von

Dr. **Longard** in Aachen.

In No. 48 ds. Centralbl. vom Jahre 1898 haben Dr. Wagner und ich eine Äthermaske beschrieben, die auf dem Principe beruht, den Äther mit der atmosphärischen Luft gemischt dem Kranken zuzuführen. Es ist dies in der Weise erreicht, dass der Äther durch das Einathmungsventil des Deckels in das Innere der Maske und die Athmungsorgane gelangt, und dass die Ausathmungsluft durch ein seitlich angebrachtes Ventil abgeführt wird. Im Allgemeinen genügt diese Vorrichtung vollständig, um bei gehöriger Übung innerhalb kurzer Zeit eine tiefe Narkose herbeizuführen. Ist jedoch der Feuchtigkeitsgehalt der atmosphärischen Luft ein sehr großer, so treten

34

Störungen auf, die die schnelle Herbeiführung der Narkose beeinträchtigen. In Folge der starken Abkühlung der Luft innerhalb der Maske durch den rasch verdunstenden Äther bildet sich daselbst Kondenswasser, das bei weiterer Abkühlung gefriert und die in der Maske befindlichen Metallsiebe und Gazestückchen mit zahlreichen kleinen Eiskrystallen bedeckt. Diese kleinen Krystalle setzen sich zuweilen auch am Einathmungsventil fest und beeinträchtigen dadurch dessen exakte Funktion. Diesem Übelstande habe ich nun dadurch abgeholfen, dass ich mir durch die Berliner Thermophorgesellschaft ein ringförmiges Thermophor konstruiren ließ, welches genau in den Deckel der Maske passt. Unmittelbar vor der Narkose wird das Thermophor 1—2 Minuten in kochendem Wasser erwärmt, dann in die Maske zwischen oberes Sieb und Deckel eingelegt. Durch dieses Verfahren wird die einströmende atmosphärische Luft erwärmt und kann in Folge dessen keine oder nur geringe Mengen Kondenswasser abgeben; es können sich keine Eiskrystalle bilden, und das Einfrieren des Einathmungsventils wird verhütet. Seit ich dieses Verfahren anwende, habe ich auch bei feuchtestem Wetter nie mehr mit den obengenannten Störungen zu kämpfen gehabt.

Das kleine Instrument, welches bei jeder der von uns angegebenen Äthermaske ohne weitere Veränderungen anwendbar ist, wird durch die Deutsche Thermophor-Aktiengesellschaft in Berlin zum Preise von 5 *M* in den Handel gebracht.

II. Lagerungsschiene aus Rohrgeflecht.

Von

Dr. **H. Sarfert** in Berlin.

Wie uns schon die Unterrichtsbücher der Lazarettgehilfen, Samariter, freiwilligen Krankenpfleger etc. lehren, lässt sich zur Lagerung und Schienung von gebrochenen Gliedmaßen als Schienenmaterial so ziemlich Alles verwenden, was einem gerade in die Hände fällt. Wer häufig Gelegenheit hat, improvisirte Verbände zu sehen, die z. B. von Leuten angelegt sind, welche einen Kursus über Erste Hilfe bei Unglücksfällen absolvirt haben, wird beobachtet haben, mit welchem Stolze dem Arzte solche Verbände gezeigt werden.

Es ist aber doch wohl zweckmäßiger, sachgemäß und kunstgerecht hergestellte Schienen, besonders für die unteren Extremitäten, zumal für Kriegszwecke, vorräthig zu haben.

Zu weitgehend und in Folge des Sparsystems der Militärbehörden nicht gut durchführbar erscheint mir der Vorschlag Port's (Zur Reform des Kriegsverbandwesens, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI), welcher schreibt: »Die Militärärzte müssen ihre eigenen Verbandskonstrukteure werden, wozu von Staatswegen Versuchswerkstätten einzurichten sind. In diesen Werkstätten müssen die Ärzte, wie die Lazarettgehilfen, die erforderliche Ausbildung finden«.

Die altbekannten und altbewährten »Verbandkonstruktionen« genügen, es brauchen keine neuen Systeme konstruirt und erfunden zu werden, es kann sich nur darum handeln, die schon vorhandenen praktischer und speciellen Zwecken entsprechender zu gestalten.

Mich veranlasste der Umstand, dass uns unsere Volkmann-schen Zinkblechschienen, auch die Telegraphendrahtschienen, nach dem Transporte (zu Wagen) Verletzter von der Unfallstation nach den Krankenhäusern verrostet, verbeult und verbogen zurückgebracht wurden, nach einem widerstandsfähigeren Materiale zu suchen. Als äußerst vortheilhaft, beinahe unverwüstlich erweist sich Rohrgeflecht.

Fig. 1.

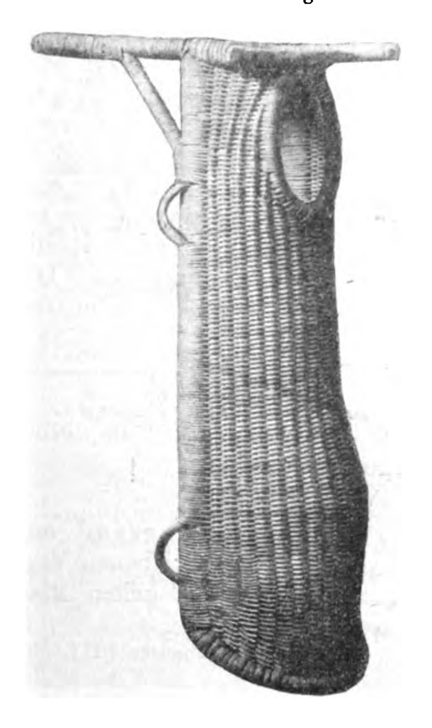
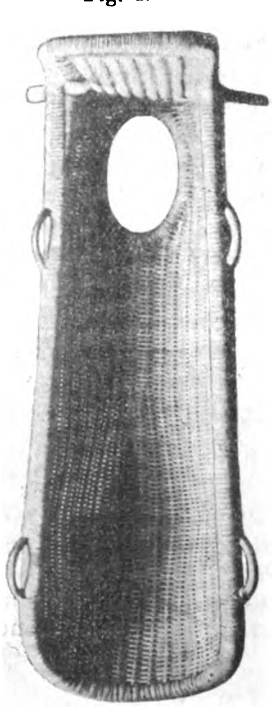


Fig. 2.



Das benutzte Rohrgeflecht ist indess nicht Flechtrohr, wie es zum Beziehen von Stühlen verwandt wird, sondern besteht aus feinen dünnen geschälten Rohrstäben.

Des billigeren Preises wegen hatte ich ursprünglich Schienen aus Weidengeflecht herstellen lassen, dasselbe ist jedoch leicht zerbrechlich, völlig unbrauchbar.

Obige Zeichnungen veranschaulichen diese Schiene, die den Eindruck eines Strandkorbes en miniature macht. Sie wiegt nur 1 Pfund — die allgemein benutzte Volkmann'sche Zinkblechschiene wiegt $2^1/_4$ Pfund —, lässt sich mit einer Scheuerbürste abscheuern,

auskochen, resp. mit Dampf sterilisiren, ist äußerst elastisch und porös.

Ich halte diesen letzteren Umstand der Erwähnung für werth als vortheilhaft für den Fall, dass man sie längere Zeit liegen lässt. Die Wattepolsterung in einer Zinkblechschiene wird bekanntlich nach kurzer Zeit wegen der Undurchlässigkeit des Materials unangenehm muffig-feucht.

Dadurch, dass die Wade ausgearbeitet (ausgehöhlt) ist, bekommt der Unterschenkel eine angenehmere Lage, das Bein braucht unter Umständen überhaupt nicht gepolstert zu werden, falls die Schiene nur vorübergehend verwendet werden soll. (Bei den gewöhnlichen Blechschienen lässt sich eine Höhlung nicht heraushämmern.)

Die beiden Paare Ösen haben den Zweck, das Bein eventuell in Suspension bringen zu können.

Da es vermieden werden sollte, irgend welche Eisenbänder oder Metallscharniere anzubringen, ist das T-Stück unverschieblich. Naturgemäß lässt sich die Schiene, entsprechend länger angefertigt, auch für den Oberschenkel benutzen.

Der Preis beträgt *M* 6,50, also ca. 1 *M* mehr als der für eine gleichgroße Volkmann'sche Schiene, ist aber in Anbetracht der erwähnten mancherlei Vortheile wohl nicht zu hoch. Verkaufsstelle ist das Medicinische Waarenhaus, Berlin, Friedrichstraße 108. Die Schiene kann natürlich eben so gut von jedem halbwegs geschickten Korbmacher angefertigt werden.

---

1) Rochet (Lyon). Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. August.)

Die 3 Phasen der Operation des von Nové-Josserand angegebenen und von Reure (Thêse de Lyon 1897) beschriebenen Verfahrens, das R. in einem Falle erfolgreich anwendete, gehen klar aus den 3 nebenstehenden Figuren hervor.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

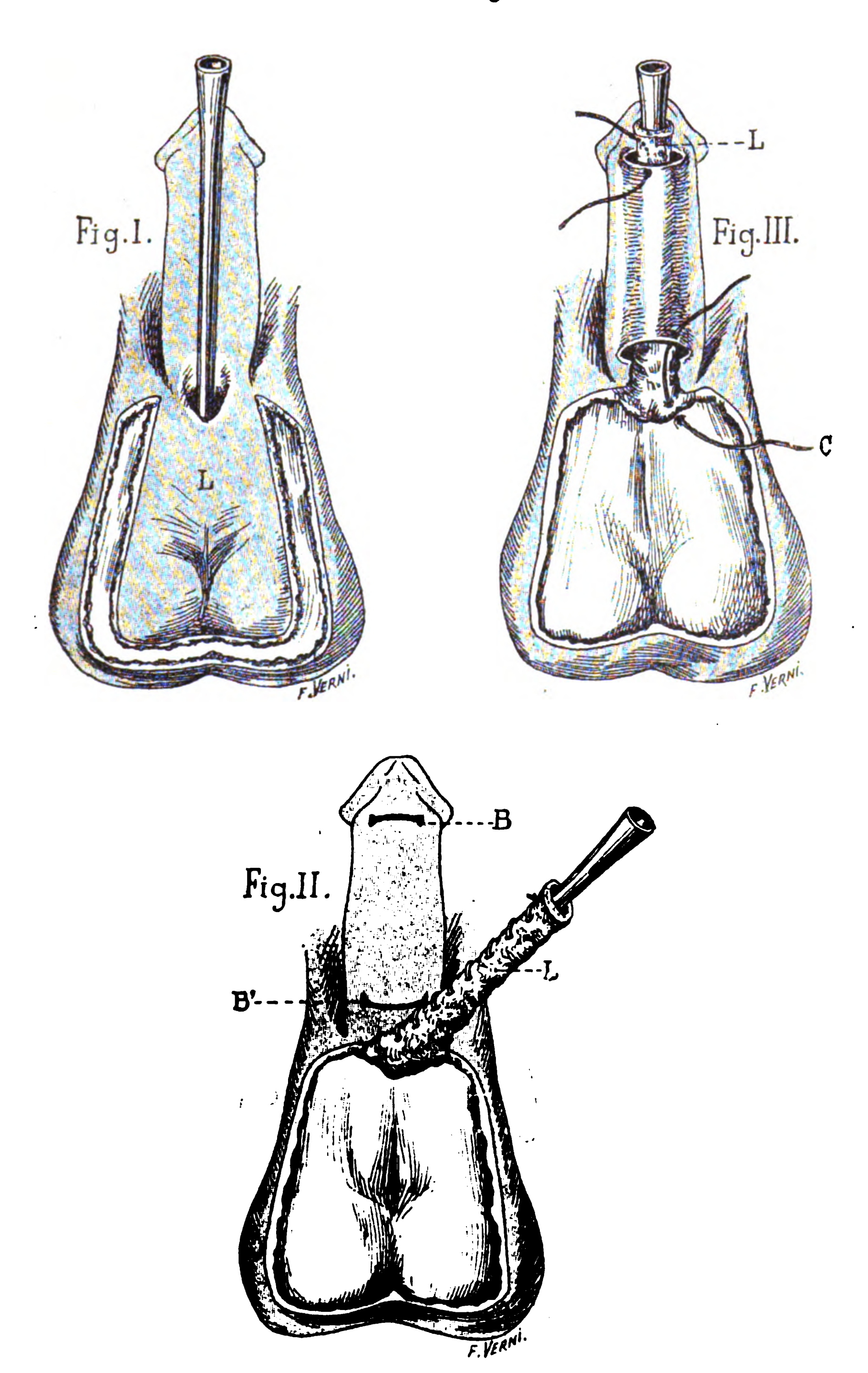
---

2) A. Nota. Contributo alla cura della estrofia vesicale.

(Giorn. d. r. acad. di med. di Torino 1900. No. 4.)

In 2 Fällen von Blasenektopie hat N. Lappenplastiken zum Verschlusse der Blase vorgenommen. Um in den ersten Tagen die Wundränder vor Inkrustationen zu schützen und der neuen Blase eine gute Form zu geben, nähte er über einem birnförmigen gefensterten Instrumente, dessen katheterförmiger Stiel längs der Harnröhre oder durch eine Boutonnière herausgeleitet wurde. Da das Instrument in einzelne Theile zerlegbar ist, lässt es sich nachträglich stückweise herausnehmen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).



Rochet, Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias.

3) **A. Poncet.** Résultats éloignés de l'urétrostomie perinéale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. December.)

Unter der perinealen Uretrostomie versteht P. die Anlegung einer Harnröhrenöffnung am Damme in Fällen von unheilbarer Striktur. Der vordere Theil der Harnröhre verödet danach. Unter den Nachtheilen der Methode steht die Unmöglichkeit der normalen Ejaculatio seminis voran.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

4) **E. Desnos.** Des prostatites grippales.

(Méd. moderne 1900. No. 31.)

D. unterscheidet 3 Formen der Prostatitis, wie sie im Verlaufe eines Influenzaanfalles auftreten.

Die erste Gruppe bilden die Fälle, bei denen die Harnröhre aseptisch ist, d. h. keine Gonorrhoe vorausgegangen war. Wenn der Influenzaanfall bereits im Abklingen ist, tritt plötzlich, nahezu ohne Prodrome und ohne Schmerzen, Dysurie bis zu absoluter Harnverhaltung auf, die mehrere Tage anzuhalten pflegt und den Gebrauch eines Verweilkatheters erforderlich machen kann. Die Mastdarmuntersuchung ergiebt in diesen Fällen eine große, die Ampulle des Mastdarmes nahezu ausfüllende, mäßig gespannte und wenig druckempfindliche Geschwulst. Der Urin ist stets klar und frei von Eiter. Die Prognose dieser Fälle ist günstig: allmählich, oft allerdings erst im Laufe von Wochen und Monaten, kehrt die Prostata in Größe, Form und Konsistenz zur Norm zurück; die Harnentleerung wird dem entsprechend eben so allmählich unbehindert. Immerhin spricht die meist recht langsame Resolution dafür, dass es sich nicht um eine einfache Kongestion, sondern um eine wirkliche Entzündung handelt.

In die zweite Gruppe gehören die Fälle, in welchen zu einer subakuten oder chronischen Gonorrhoe eine Influenza hinzutritt; sie sind weitaus häufiger, als die Fälle der ersten Gruppe. Auch hier sieht man meist, wenn der Influenzaanfall im Abklingen ist, den eitrigen Ausfluss, der vorher vielleicht schon längere Zeit vollkommen gefehlt hatte, plötzlich reichlich werden, es tritt schmerzhafter Harndrang ein, das Harnen ist sehr schmerzhaft und angestrengt, die Prostata ist vom Mastdarm aus vergrößert zu fühlen. Der Verlauf ist verschieden: in 14 Tagen kann Alles zur Norm zurückkehren, oder aber es kommt zur Eiterung, und zwar entweder in Form von kleinen Abscessen, die sich unter entsprechender Verkleinerung der Prostata durch die Harnröhre entleeren, oder in Form von großen Prostataabscessen, die einen chirurgischen Eingriff vom Mastdarm oder häufiger vom Damm her erheischen.

Eine dritte und letzte Gruppe endlich bilden die Fälle, bei welchen eine Influenzaprostatitis zu einer Prostatatuberkulose komplicirend hinzutritt mit dem Erfolge, dass letztere nach Ablauf der ersteren gewöhnlich erheblich raschere Fortschritte macht; oder die Anfangs anscheinend durchaus gutartig bei nicht inficirter Harnröhre verlaufende Influenzaprostatitis geht nicht in Heilung über,

sondern an sie schließt sich eine auf dem prädisponirten Boden entstehende Urogenitaltuberkulose an. Für jede der 3 Gruppen bringt Verf. ein instruktives Beispiel. **R. v. Hippel** (Dresden).

5) **Guyon.** Hémorrhagies et saignements de la prostate.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1900. No. 5.)

Unter den Ursachen der Hämaturie nehmen die Erkrankungen der Prostata einen der ersten Plätze ein. Die Stärke der Blutung kann schwanken zwischen ganz geringen Blutbeimengungen bis zu den schwersten Blutverlusten. Das vorgeschrittene Alter ist das hauptsächlichste prädisponirende Moment für Prostatablutungen; denn im Alter ist die Vaskularisation der Drüse sehr beträchtlich, und Kongestionszustände treten sehr häufig ein. Bei jungen Leuten kommt es sehr selten zu Prostatablutungen, auch wenn das Organ entzündet ist oder verletzt wird.

Im vorgeschrittenen Alter treten die Prostatablutungen sowohl bei der einfachen Hypertrophie, als bei Neubildungen der Drüse auf. Bei letzteren sind sie entschieden seltener, treten dann aber meist spontan auf. Spontane Blutungen kommen bei der einfachen Prostatahypertrophie, auch bei den stärksten Kongestionszuständen nicht vor; die Blutungen werden hier stets durch den Katheterismus hervorgerufen. Sowohl die spontanen, wie die durch den Katheterismus hervorgerufenen Blutungen der Prostata können urethrale oder urethro-vesikale sein; sie können partiell bleiben oder »total« werden. Am häufigsten sind die Prostatablutungen initial und terminal, während die Blasenblutungen fast stets nur terminalen Charakter haben. Bei der Behandlung der Prostatablutungen müssen wir unterscheiden die Behandlung der durch diese hervorgerufenen Zufälle und die Behandlung der Blutungen selbst. Der wichtigste Zufall ist die Retention von Blut und Urin. Bei kleineren Blutungen findet eine solche Retention nur statt, wenn die Kranken einen Dauerkatheter tragen und dieser durch ein Blutgerinnsel verstopft wird. Alle Kranken mit Dauerkatheter müssen desshalb sorgfältig überwacht werden; der Dauerkatheter soll erst dann eingelegt werden, wenn der letzte Blutrest durch heiße Borwasserausspülungen entfernt worden ist. Kleinere Verstopfungen kann man meist durch Injektionen geringer Mengen Borwasser heben; genügen diese nicht, so muss die Aspiration mittels Spritze vorgenommen werden. Dieses Verfahren ist unbedingt nöthig, wenn es sich um größere Retentionen bei Kranken ohne Dauerkatheter handelt. Durch Aspiration der Blutgerinnsel und ausgiebige Auswaschungen der Blase kann man oft auch sehr beträchtliche Blasen- und Prostatablutungen zum Stehen bringen. Danach muss stets ein Dauerkatheter eingelegt werden, und zwar mit möglichster Schonung etwaiger vergrößerter Prostatalappen. Am besten benutzt man hierzu weiche oder halbweiche Sonden, die mit einem Mandrin bewaffnet sind, und die man so mit Umgehung des Hindernisses entlang der oberen Harnröhrenwand in die Blase führen kann.

G. Wagner (Leipzig).



6) P. J. Freyer. A new method of performing perineal prostatectomy.

(Brit. med. journ. 1900. März 24.)

F. hat bei einem Manne, welcher an hochgradigen Blasenbeschwerden litt, und bei welchem ein derber Knoten in der rechten Hälfte der Prostata gefunden wurde, das Hindernis für die Harnentleerung operativ entfernt. Er machte zunächst die Urethrotomia externa. Dann führte er vom unteren Ende dieser Wunde einen halbmondförmigen Schnitt nach hinten um den After herum zur rechten Seite des Steißbeines. Von diesem Schnitte aus drang er in die Tiefe der Fossa ischio-rectalis, wobei der Mastdarm zur Seite gezogen wurde. Der linke Zeigefinger wurde durch die Harnröhrenwunde in die Blase eingeführt und der Knoten in der Prostata nach außen vorgedrängt. Die Kapsel über demselben wurde gespalten und der Knoten stückweise mittels Schere entfernt. Dauerkatheter in die Harnröhrenwunde, die tamponirt wurde.

Der Verlauf war ein guter. Nach 2 Monaten konnte Pat. ohne Urinbeschwerden entlassen werden.

Als Vortheile der Methode führt Verf. an:

1) Es ist eine völlig exakte Diagnose ermöglicht durch gleichzeitige Tastung von Blase und Mastdarm her.

2) Durch das Vordrängen der Prostata durch den in die Blase eingeführten Finger wird die Tiefe der Wunde in der Fossa ischiorectalis verringert und die weitere Operation sehr erleichtert.

3) Durch die Kontrolle seitens des im Blaseninnern liegenden Fingers ist eine Verletzung der Blase zu vermeiden.

4) Die Drainage der Blase durch die Urethrotomiewunde verhütet eine Beschmutzung der übrigen Wunde.

Der Nachtheil besteht darin, dass die Methode nicht für alle Verhältnisse ausreicht. Die Knoten des Mittellappens sind auf diese Weise nicht zu entfernen. Für solche Fälle empfiehlt Verf. die Prostatectomia suprapubica. Ferner könnte die Operation bei fetten Individuen auf Schwierigkeiten stoßen, indem dann der Finger nicht genügend weit in die Blase eingeführt werden kann, um die Prostata vorzudrängen. Weiss (Düsseldorf).

---

7) R. Baudet. De l'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. August.)

B. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung die perineale Methode der Prostatektomie. Nachdem aus der median gespaltenen Prostatakapsel die Drüse so vollkommen wie möglich ausgeschält und entfernt worden ist, empfiehlt B. die beiderseitigen Kapselhälften zu evertiren und seitlich zu fixiren. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass stehen gebliebene Drüsenreste, die zu einem Recidive führen, an der früheren Stelle ein Hindernis für die Urinentleerung

bereiten; dann soll durch diese Fixation ein Zug am Blasenhalse nach abwärts ausgeübt werden, der diesen ins gleiche Niveau mit dem Blasenrecessus bringt. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

8) **A. G. Pankratjew.** Über den Einfluss der beiderseitigen Resektion der Vas deferens auf die Prostata.

Diss., St. Petersburg, 1900. (Russ.) — Annalen d. russ. Chirurgie 1900. No. 2 u. 3.)

Makro- und mikroskopische Untersuchung der Prostata an operirten Hunden zeigte, dass nach Resektion beider Vasa deferentia und der Plexus deferentiales bei 5 Thieren Größe und Gewicht der Drüse kleiner wurden; eben so bei 2 Hunden nach Resektion der Plexus allein. Die Verkleinerung war sehr gering nach Resektion der Vasa deferentia allein (2 Thiere); in einem Experimente war das Resultat besser nach Ätzungen mit Argentum nitricum. Kastration (1 Hund) rief die Verkleinerung rascher und vollständiger hervor. Am meisten atrophirt die Drüsensubstanz, doch auch das Muskelgewebe; das Stroma bleibt unverändert. Die Verkleinerung entspricht nicht immer der nach der Operation verstrichenen Zeit.

Von 270 Fällen (davon 4 eigenen) von Resektion beider Vasa deferentia am Menschen wurden 81 (30%) völlig geheilt, 89 (33%) gebessert; unverändert blieben 70 Pat. (25,5%) und 31 (11,5%) starben. Nur in einem Falle starb Pat. vielleicht in Folge der Operation selbst (an Peritonitis nach 12 Tagen); sonst trat der Tod bei Nierenaffektion (12mal) oder aus zufälligen Ursachen ein.

Die vergrößerte Drüse besteht hauptsächlich aus Drüsengewebe. Kastration im Jugendalter ruft Stillstand in der Entwicklung, in späteren Jahren Verkleinerung der Prostata hervor. Fehlen oder Defekte der Entwicklung der Vasa deferentia wird von Hypoplasie der Prostata begleitet. — Bottini's Operation, Resektion der Vasa deferentia und der Drüse selbst können nicht in allen Fällen von Vergrößerung der Drüse günstige Resultate ergeben; alle 3 Operationen ergeben ein gewisses Procent von Heilungen, und ist es weiteren Beobachtungen vorbehalten, genauere Indikationen auszuarbeiten für jede von ihnen. — Das beigefügte Litteraturverzeichnis zählt 131 Nummern auf. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **Pascal.** Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et la femme.

Thése de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 328 S.

Die außerordentlich fleißige Abhandlung bringt an der Hand von 286, zum größten Theile der Litteratur entnommenen Krankengeschichten eine erschöpfende Darstellung von der Ätiologie, Pathologie und Therapie der Blasen-Darmfisteln. Bezüglich der Therapie hat man zu unterscheiden zwischen den tiefen, d. h. vom After aus zugänglichen Fisteln und den hohen Fisteln, welche nur von oben her angegriffen werden können. Für beide Arten soll die Behandlung

wo möglich eine radikal chirurgische sein: Bei den tiefen Fisteln entweder direkte Naht vom Mastdarme aus, mit vorausgeschickter Sphinkterdurchschneidung, oder Naht von einer prärectalen Dammwunde aus, mit nachfolgender Sphinkterdurchschneidung. Bei hohen Fisteln empfiehlt sich immer die ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle, Freilegung der in Betracht kommenden Organe und wo möglich Verschluss der bestehenden Öffnungen. Je nach Sachlage wird man dabei ein Stück vom Darme oder von der Blase reseciren müssen, manchmal wird eine Darmausschaltung nöthig werden, unter gewissen Umständen eine Enteroanastomose, manchmal auch ein widernatürlicher After.

Krecke (München).

---

10) **Vitrac.** Le décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. December.)

Auf Grund sehr richtiger Erwägungen schlägt V. die praktisch nicht so leicht ausführbare Bauchlage vor 1) für jede einfache und frische, 2) für jede operirte Blasen-Scheidenfistel. Er führt den Fall des englischen Arztes Jowers (Brighton) an, der eine Kranke mit Blasen-Scheidenfistel ohne Operation durch 6wöchentliche Bauchlage heilte. Dauerkatheter ist dabei erforderlich.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

11) **De Sard.** Le cathétérisme cystoscopique des uretères considéré comme moyen de diagnostic.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 160 S.

Die auf Anregung Albarran's entstandene Arbeit giebt zunächst eine Beschreibung des Albarran'schen Cystoskopes und bespricht dann in ausführlicher Weise die Wichtigkeit des Harnleiterkatheterismus für die Diagnose der Hydronephrose (Rétentions rénales), der Nierentuberkulose, der Steinniere und der Nierengeschwulst. Unter Mittheilung einer großen Reihe von Krankengeschichten, unter denen eine ganze Reihe bisher noch nicht veröffentlichter aus der Albarran'schen Abtheilung sich befinden, führt Verf. aus, wie der Harnleiterkatheterismus einmal die Differentialdiagnose der einzelnen Krankheiten ermöglicht, dann bei Erkrankung einer Niere uns ein Bild von dem Zustande der anderen giebt, beziehungsweise bei der Absicht eines operativen Eingriffes uns ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit der als gesund angenommenen zweiten Niere gestattet.

Krecke (München).

---

12) **C. L. Leonard.** The technique of the positive and negative diagnosis of uretral and renal calculi by the aid of the Röntgen rays.

(Annals of surg. 1900. Februar.)

Verf. behauptet, dass in allen Fällen, wo Steine sich in der Niere oder in den Ureteren befänden, der Nachweis durch Röntgenphoto-

graphie gelänge. Ein geübter Untersucher sei bei negativem Befunde berechtigt, die Diagnose auf Abwesenheit eines Steines zu stellen. Es werden genaue Angaben über die Technik der Untersuchung gegeben, die im Originale eingesehen werden müssen.

Zum Schlusse berichtet Verf. über 54 Fälle, wo die Symptome für das Vorhandensein von Nieren- oder Harnleitersteinen sprechen. In 10 Fällen wurden Steine durch Röntgenphotographie nachgewiesen und durch Operation entfernt. In allen anderen war die Röntgendiagnose negativ, in 7 Fällen wurde trotzdem wegen der Beschwerden operirt. Bei 6 Pat. wurde die negative Diagnose bestätigt, beim 7. wurde ein Stein von 12 mm Länge gefunden. In den meisten der nicht operirten negativen Fälle bestätigt der weitere Verlauf die negative Diagnose.

W. Hirt (Breslau).

---

13) **A. Malherbe** et **F. Legueu.** Des hématuries essentielles.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Oktober.)

Verff. geben einen Überblick über sämmtliche Gruppen der Hämaturie, welche sie eintheilen in 1) die rein klinischen Beobachtungen, 2) die anatomisch verificirten Beobachtungen mit und 3) diejenigen ohne erkennbare Veränderungen. Nur die dritte Gruppe verdient den Namen der essentiellen Hämaturie, von welcher so wenig sichere Beispiele vorliegen, dass M. und L. zu dem Schlusse kommen: Es giebt keine essentielle Hämaturie. Alle Hämaturien sind symptomatische; sie lassen sich auf eine allgemeine (toxische oder infektiöse) oder lokale Ursache zurückführen. Einige Thatsachen scheinen sich dieser Deutung nicht zu fügen. Es ist Sache weiterer klinischer, anatomischer und experimenteller Untersuchungen, hier den Antheil aufzuklären, welcher etwa den Veränderungen des Blutes oder dem nervösen Einflusse zukommt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

14) **Alessandri.** Risultati definitivi sperimentali sulla chirurgia conservativa del rene nelle lesioni dell' arteria renale.

(Bull. della r. acad. di med. di Roma 1899. p. 263.)

A. hat bei 2 Thieren die Nierenarterie unterbunden und, um sich von dem Verhalten der betr. Niere zu überzeugen, dieselbe nach 75 bezw. 107 Tagen untersucht. Es fand sich, dass der bei Weitem größte Theil der Niere sich von der Unterbindung erholt hatte und normale histologische Verhältnisse aufwies. Inbesondere fanden sich in der nach 107 Tagen untersuchten Niere nur vereinzelte keilförmige Herde, in welchen die Folgen der Cirkulationsstörung noch nicht überwunden waren, und in denen es zur reichlichen Bindegewebsentwicklung gekommen war, bei fast völligem Verschwinden der epithelialen Elemente und fortschreitender Degeneration der Glomeruli. Der bei Weitem größte Theil der Niere zeigte dagegen ganz normalen Bau.

Kreeke (München).

---

15) R. Alessandri. Il valore funzionale del rene dopo la interruzione del circolo nella vena emolgente.

(Bull. della r. acad. med. di Roma 1899. p. 257.)

In weiterer Verfolgung seiner früheren Versuche hat A. bei einem Versuchsthiere auf der einen Seite die Nierenvene unterbunden und nach 3 Monaten die andere Niere exstirpirt. Das Thier war nach der Operation ganz munter, fraß und urinirte. Am 5. Tage ging es zu Grunde, nachdem es sich mit den Zähnen die Wunde aufgerissen hatte. Die anatomische Untersuchung ergab, dass die Kollateralvenen an der erhaltenen Niere erweitert waren, und dass das Parenchym der Niere durchaus wohlerhalten war. Man konnte also mit Bestimmtheit sagen, dass die Venenunterbindung keinen dauernden schädlichen Einfluss auf das Organ ausgeübt hatte.

Krecke (München).

---

16) R. Alessandri. Recherches expérimentales sur la ligature des différents vaisseaux du hile du rein dans ses rapports avec la physiologie et la chirurgie du rein.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1900. No. 5.)

Die vom Verf. an Hunden angestellten zahlreichen experimentellen Untersuchungen über die Unterbindung der verschiedenen Nierengefäße und ihre Folgen lieferten in der Hauptsache folgende Ergebnisse: Bei der Unterbindung oder Thrombose der Art. renalis können die schweren Störungen, die sich innerhalb der ersten Tage unter dem Einflusse des gehinderten arteriellen Zuflusses ausbilden, an gewissen Stellen zu vollkommener Nekrose in Folge Infarkt oder zu interstitieller Sklerose führen, während an anderen Stellen die Störungen durch die graduelle Entwicklung einer kollateralen arteriellen Cirkulation ausgeglichen werden. Diese namentlich in den oberflächlichen Lagen der Rindensubstanz und in den benachbarten Bezirken der Pyramidenbasis auftretende Kompensation kann nach Verlauf einer gewissen Zeit genügen, um der Niere ihre fast normale Struktur und ihre Funktion wiederzugeben.

G. Wagner (Leipzig).

---

17) A. Gosset. Traitement des rétentions rénales.

(Revue de chir. 1900. No. 3.)

Obwohl die renalen Urinverhaltungen durch anfallsweises Auftreten ausgezeichnet sind, führen sie doch mit der Zeit zu schweren Folgeerscheinungen: 1) durch fortschreitende Vermehrung des Residualharns in der Niere, 2) durch destruktive Processe in letzteren, 3) durch Hinzutreten von Eiterung und 4) durch Schädigung der anderen Niere, und erfordern daher frühzeitige Behandlung. Für diese kommt zunächst nur die Nephrostomie und erst sekundär die Wiederherstellung des ureteralen Weges entweder durch Beseitigung der zwischen Harnleiter und Nierenbecken entstandenen Klappe (Sporn)

oder durch Anlegung einer seitlichen Anastomose zwischen beiden (Uretero-pyelo-neostomie) in Betracht. Unter 9 von Albarran behandelten Fällen verlief nur einer tödlich, und wurden von den übrigen je einer durch Einlegen eines Verweilkatheters in den Harnleiter, durch Dilatation des letzteren und durch Sektion der Klappe (Sporn) und 4 durch seitliche Anastomosenbildung geheilt; in letzteren Fällen besteht das erreichte günstige Resultat seit 1—2 Jahren.

Kramer (Glogau).

---

18) C. M. Moullin. The causes and treatment of movable kidney.

(Brit. med. journ. 1900. März 10.)

Verf. bespricht die anatomischen Verhältnisse der Nierengegend und kommt zu dem Schlusse, dass weder die perirenale Fascie, noch die Fettkapsel, noch der Bauchfellüberzug genügen, um die Niere in ihrer Lage zu fixiren. Das wesentlichste Agens ist der intraabdominelle Druck, und zwar nicht der Druck einzelner Eingeweide, sondern der Druck, den die gesammten Eingeweide ausüben. Dann spielt bei der Fixation der Nieren eine Rolle die Form der Recessus, in welchen sie eingebettet liegen. Am besten kann man sich diese Form klar machen an Gipsabgüssen, welche man von der hinteren Bauchwand in vertikaler Stellung derselben anfertigt. Es ergiebt sich, dass beim Manne diese Recessus tief, schmal birnförmig sind, das schmale Ende nach unten gerichtet, beim Weibe dagegen entsprechend der größeren Weite des Beckens seichter, von mehr cylindrischer Form. Dabei springt dieser Unterschied auf der rechten Seite noch mehr in die Augen wie auf der linken. Verf. bringt das in Zusammenhang mit einer geringen Torsion des lumbaren Theiles der Wirbelsäule. Bei Rechtshändern findet sich gewöhnlich eine leichte Ausbiegung des Brusttheiles der Wirbelsäule nach rechts und dem entsprechend eine leichte Skoliose der Lendenwirbelsäule nach links. Die linksseitigen Processus transversi weichen dabei etwas nach hinten, was eine Vertiefung des linksseitigen Recessus zur Folge hat, während die leichte Drehung der rechtsseitigen Processus transversi nach vorn zu einer Abflachung des rechten Recessus führt. Bei einer großen Anzahl von Wandernieren findet sich eine Abflachung der rechten Lendengegend, ein Zeichen, dass eine geringe Torsion der Wirbel stattgefunden hat.

Die Weite der lumbaren Recessus ist eine Folge der aufrechten Haltung. Bei Vierfüßlern sind dieselben eng, überhaupt sind hier die Nieren bedeutend geschützter; eine horizontale Lage Fascie, die ihrerseits auf den Eingeweiden ruht, hält dieselben in ihrer Lage; Dinge, die beim Menschen wegfallen. Verf. glaubt so die verschiedenen klinischen Erscheinungen, das häufigere Vorkommen rechts namentlich bei Frauen und dann wieder besonders bei solchen, die geboren haben, erklären zu können. Bezüglich der Therapie empfiehlt er nur für die geringeren Grade von Wanderniere das Tragen einer

Bauchbandage in Verbindung mit Massage und Übungen der Bauchmuskulatur. Bei allen schwereren Fällen ist die Nephropexie auszuführen, und zwar möglichst frühzeitig, ehe gröbere nervöse Störungen Platz gegriffen haben. **Weiss** (Düsseldorf).

---

19) **Godard-Danhieux.** Le rein mobile et l'entéroptose.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. Februar.)

Verf. liefert einen interessanten statistischen Beitrag zu dem Zusammenhange zwischen Wanderniere und Enteroptose auf Grund der Untersuchungen von 603 Frauen und gelangt zu folgenden Ergebnissen:

1) Die Häufigkeit der Schwangerschaften ist die wichtigste Ursache für die Erschlaffung der Bauchwand und damit für die Enteroptose.

2) Das Alter erhöht noch die Disposition, selbst bei Nulliparen.

3) Weder die Schwangerschaften noch das Alter schaffen in gleicher Weise die Disposition zur Wanderniere.

4) Die Enteroptose ist nicht immer von Wanderniere begleitet und umgekehrt.

5) Die Pathogenese der Enteroptose ist nicht identisch mit derjenigen der Nephroptose.

6) Die Ursachen der Wanderniere sind nicht in der Erschlaffung der Bauchwand zu suchen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

20) **Otto Lanz.** Kastration oder Resektion des Nebenhodens bei Epididymitis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 453.)

L. hat in 2 Fällen, wo bei Tuberkulose des Nebenhodens der Hoden noch gesund erschien und daher unbeschadet der sauberen Exstirpation des ersteren nebst Resektion des Vas deferens die Konservirung des Hodens in Frage kam, um über faktisch noch vorhandene Unversehrtheit desselben klar zu werden, den Hoden ähnlich einer Niere median gespalten, um die Schnittflächen zu revidiren. In dem ersten Falle, einen 15jährigen Jungen betreffend, erwies sich das Hodengewebe normal, und es wurde das aufgeschnittene Organ nach Katgutnaht der Albuginea reponirt und erhalten. Glatte und bislang $1^1/_2$ Jahre lang dauerhaft gebliebene Heilung. In Fall 2 dagegen fanden sich auf dem Schnitte etliche Tuberkelknötchen, wesshalb Kastration erfolgte. L. empfiehlt diese exploratische Hodenspaltung namentlich für die tuberkulöse Nebenhodenerkrankung des zweiten Hodens, nachdem der erste bereits früher entfernt werden musste, also ein konservatives Verfahren besonders wünschenswerth erscheinen muss. Denn die doppelseitige Kastration beim Manne stellt immer einen äußerst fatalen Eingriff dar, wenigstens — sagt L. — »so lange männliche Chirurgen das Messer führen« (!).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

21) **A. Lutand.** Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale.

Paris, **A. Maloine,** 1900. 712 S.

L. hat sich bemüht, in dieser 4. Auflage seines Handbuches, welches hauptsächlich für den praktischen Arzt bestimmt ist, alles Wissenswerthe und »l'ancien comme le nouveau« wiederzugeben, eine Aufgabe, welche er in anerkennenswerther Weise gelöst hat.

Er beginnt mit der Darstellung der Anatomie, Embryologie, Physiologie und Teratologie der weiblichen Genitalorgane.

In jedem einzelnen der folgenden Kapitel wird dann die pathologische Anatomie, die Ätiologie, die Symptomatologie, der Krankheitsverlauf, die medikamentöse und chirurgische Behandlung der verschiedenen Affektionen besprochen. Namentlich auf die Therapie legt Verf. ein Hauptgewicht und bespricht eingehend sowohl die kleineren gynäkologischen Eingriffe, als auch die großen gynäkologischen Operationen. Ausführliche Kapitel widmet er der Instrumentenlehre, und der gynäkologischen Untersuchungskunst.

Bei der Behandlung der Lageveränderungen des Uterus mit Pessaren hat Verf. selbst bei schwersten Fällen ausgezeichnete Erfolge gesehen und emfiehlt dieselben lebhaft. Er schreibt im Vorworte zu seinem Werke: Une expérience de plus de vingt années m'a appris qu'on peut souvent, avec un pessaire approprié, corriger les déviations les plus graves pour lesquelles l'hystérotomie avait été conseillée. Le plus modeste médecin de campagne doit, dans ces cas, rendre les mêmes services que le maître le plus illustre.

Überall, wo es angebracht erscheint, nimmt L. einen konservativen Standpunkt ein.

Das Buch ist sehr klar geschrieben. Den einzelnen Kapiteln sind zahlreiche Abbildungen (604) beigegeben. Leider ist ein Theil derselben schlecht reproducirt. **Neck** (Chemnitz).

---

22) **H. Hartmann.** Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. September.)

H. stellt die Statistik der Laparotomien am Hospital Bichat aus den Jahren 1883—1890 seiner eigenen aus den Jahren 1896—1899 gegenüber. Die Mortalität der ersteren war 21,08%, der letzteren 4,77%. H. begründet diesen Fortschritt mit dem Übergange von der Antisepsis zur Asepsis, so wie mit den technischen Vervollkommnungen, bestehend in sorgfältiger Einschränkung des Operationsterrains, in möglichster Vermeidung großer Stümpfe, der Massenligaturen und ausgedehnter blutender Flächen, mit anderen Worten in einer ausgedehnteren Anwendung der Ligatur. Dazu fügt er noch die Beschränkung der Drainage, so wie die subkutane Kochsalztransfusion



im Anschlusse an länger dauernde mit Blutverlust verbundene Operationen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) Williams. The varieties of uterine neoplasmes and their relative frequency.

(Bristol med.-chir. journ. 1899. December.)

Unter 13824 Pat. beiderlei Geschlechts aus vier großen Londoner Spitälern mit Neoplasmen litten 2649 an Uterusgeschwülsten gleich 19,2%, an Brustdrüsengeschwülsten 17,5% und an Magengeschwülsten 2,6%. Unter den Kranken waren 9227 Frauen; auf diese berechnet ergaben sich für den Uterus 28,7%, für die Mamma 26% und für den Magen 1,4%. Von den 13824 Neubildungen waren 7297 Carcinome, und von diesen betrafen 4628 das weibliche Geschlecht, 34% den Uterus, 40,3% die Mamma.

Wenn man die einzelnen Organe auf die relative Häufigkeit der einzelnen Geschwülste untersucht, so ergeben sich ganz eigenthümliche Verhältnisse. Am Uterus sind 59,3% der Geschwülste carcinomatöse, 40,54% gutartige, an der Brust sind 77,7% carcinomatös, 15,7% gutartig, und am Magen sind 100% carcinomatös; am Ovarium finden sich dagegen 3,3% Carcinome, 3% Sarkome und 93,5% Cysten. Eine Erklärung für die verschiedene Disposition der einzelnen Organe sieht Verf. darin, dass das Carcinom dort am leichtesten entsteht, wo ein Überfluss an entwicklungsfähigen Zellen vorhanden ist.

Krecke (München).

Kleinere Mittheilungen.

Beitrag zur Fremdkörperextraktion aus dem Gehirn. Über einen Fall von gelungener Extraktion einer Kugel, die 2³/₄ Jahre im Gehirn lag.

Von

Prof. **L. L. v. Lewschin** in Moskau.

K. B., 20 Jahre alt, schoss sich vor ca. 3 Jahren (7. Mai 1897) eine Revolverkugel (Lefaucheux No. 9) in die Stirn. Die Kugel durchschlug die Schädelwand in der Mitte der Glabella. Pat. fiel sofort hin, verlor jedoch, seinen Aussagen nach, nicht die Besinnung; Blutverlust war sehr gering; Pat. wurde sofort ins Krankenhaus gebracht. Schon unterwegs bemerkte er eine völlige Lähmung an den linken Extremitäten. Im Krankenhause verbrachte er 3 Tage, fieberte und delirirte sehr heftig. Von dort wurde er in die chirurgische Hospitalklinik in Kasan übergeführt, wo sein Zustand sich bald besserte; die Wunde heilte nach 2 Wochen völlig, doch hatten sich sehr heftige Kopfschmerzen eingestellt, und die Lähmung der linken Extremitäten war geblieben. Aus Kasan reiste Pat. nach Nischny-Nowgorod, wo er sich in eine Nervenklinik Behufs Behandlung der Hemiplegie begab. Dort verblieb er ca. 1 Jahr und verließ die Anstalt zwar mit einer Besserung der Lähmung, nicht aber der Kopfschmerzen, die sich jetzt hauptsächlich auf die rechte Hinterhauptsseite koncentrirten.

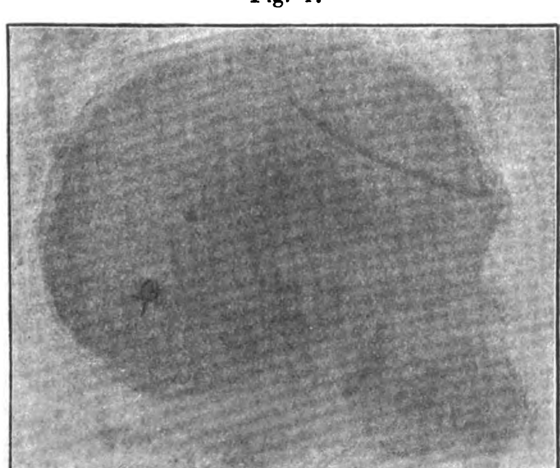
Als Pat. zu mir in die Klinik eintrat, war die Lähmung der oberen Extremität deutlicher als die der unteren ausgeprägt. Die Motilität der Gesichtsmuskeln

und die Sensibilität der Gesichtshaut waren normal erhalten. An den inneren Organen und im Harn nichts Anormales nachzuweisen.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab folgenden Befund: Am äußeren Auge keine Veränderung; die linke Pupille reagirt träge auf Lichteinfall, die rechte normal; Reaktion der Konvergenz auf beiden Pupillen ebenfalls normal, dessgleichen Augenhintergrund. O. d. v. = 60; O. s. v. = 0,8; mit 0,75 Dv. = 1,0. Hemianopsis sinistra.

Pat. empfand bei jeder Wendung des Kopfes starke Schmerzen, besonders an der rechten Hinterhauptsseite; sowohl rechte Seiten- als Rückenlage unmöglich. Pat. schläft wenig, ihn beunruhigt der Gedanke, ob nicht etwa eine Kugel in seinem Gehirn sei; es macht sich zeitweilig ein starker Erregungszustand bemerkbar, der besondere Überwachung erfordert. Pat. verlangt dringend die Extraktion der Kugel aus dem Gehirn. Aus Fig. 1 (die Aufnahme wurde in meiner Klinik gemacht) ist in seitlicher Kopflage deutlich ein dichter Schatten bemerkbar, der mit seinen Konturen völlig der Form einer Kugel, von der Seite gesehen, entspricht; der hintere Rand dieses Schattens ist von der inneren Kontur des Schädels

Fig. 1.



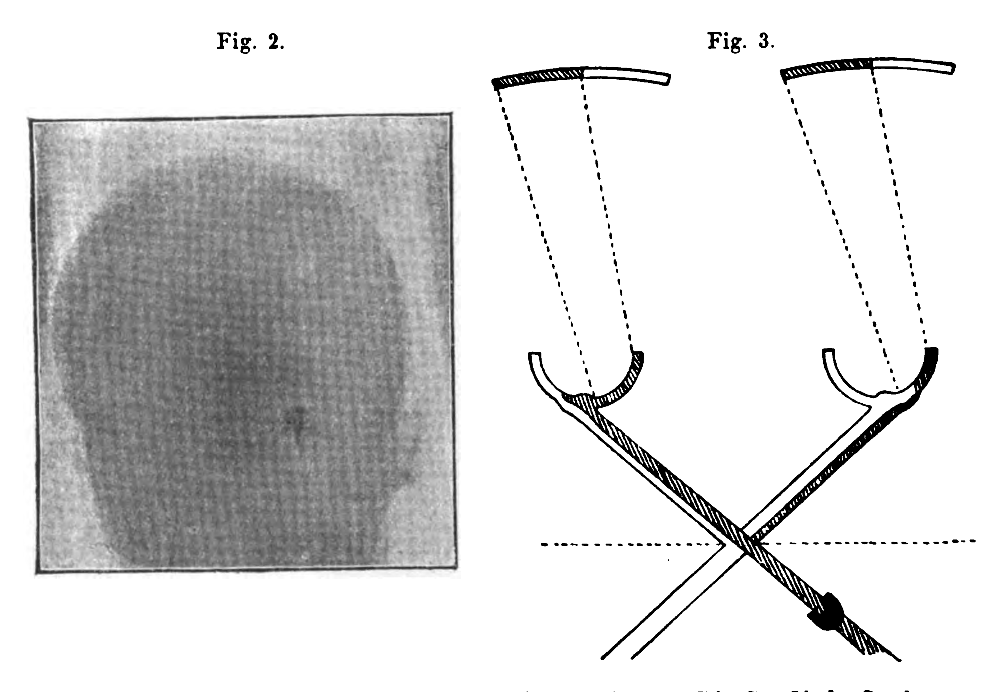
ca. $3^1/_2$ cm entfernt. An der Fig. 2, die in sagittaler Durchleuchtung mit der Kasette unter dem Hinterhaupte aufgenommen wurde, ist ein eben solcher Schatten zu sehen, dessen medialer Rand ca. $3^1/_2$ cm von der sagittalen Linie des Kopfes entfernt ist. Aus den beiden Aufnahmen konnte mit Recht der Rückschluss gezogen werden, dass die Kugel sich im linken Hinterhauptslappen befinde, in einer Entfernung von ca. $2^1/_2$ cm von der inneren Schädelfläche. Mit diesen Schlüssen stand auch der ophthalmoskopische Befund im völligen Einklange. Die konstatirte linksseitige Hemianopsie konnte ohne Schwierigkeit in der Verletzung der optischen Leitungsbahn — der Gratiolet'schen Sehfasern — ihre Erklärung finden (vid. Fig. 3).

Behufs Bildung eines derartigen Haut-Knochenlappens, dass in dessen Mitte die Projektion der Kugel zu liegen komme, wurden an der rasirten Stelle, die dem Schatten entsprach, 2 Silberdrähte kreuzweise befestigt und wieder eine Röntgenaufnahme gemacht, wobei es sich erwies, dass der Kreuzungspunkt der Drähte genau unter dem Rande des Schattens zu stehen kam; somit war die Mitte des Lappens bestimmt.

Am 21. März a. c. wurde in der moskauischen chirurgischen Hospital-Klinik zur Trepanation geschritten, und zwar nach der Doyen'schen Methode. Zuerst wurde ein Haut-Knochenlappen von ovaler Form auf der rechten Occipitalgegend gebildet mit nach oben gerichteter Spitze und mit einer 2 Finger breiten Basis;

in der Schnittlinie wurde das Periost so wenig als möglich abgetrennt. Alsdann wurden drei Öffnungen mit dem kleinen kugelförmigen Bohrer (Fraise Doyen's) von $^1/_4$ cm Durchmesser ausgebohrt. Der Bohrer wurde mit Hilfe des Mentzel'schen mechanischen Motors in Bewegung gesetzt. (Dieser Apparat ist um vieles billiger und einfacher als der elektrische, weil seine Schnelligkeit sehr leicht zu reguliren ist, und man beim Operiren die Handmuskulatur nicht so ungemein zum Halten des Bohrergriffes anzustrengen braucht. Ich habe die Vorzüge dieses Apparates bei zwei von mir in diesem Jahre ausgeführten Trepanationen erprobt.) In die ausgebohrte Öffnung wurde eine weiche Groß'sche Metallhohlsonde, die mit einem stumpfen Knopf endigt und mit einem Haken versehen ist, an welchem das Öhr einer Gigli'schen Drahtsäge angebracht war, eingeführt. Das Ende dieser Sonde wurde durch die andere Schädelöffnung herausgeführt, in die Öhre der Säge die Griffe eingelegt und dann in einigen Sekunden die Verbindungsbrücke durchgesägt

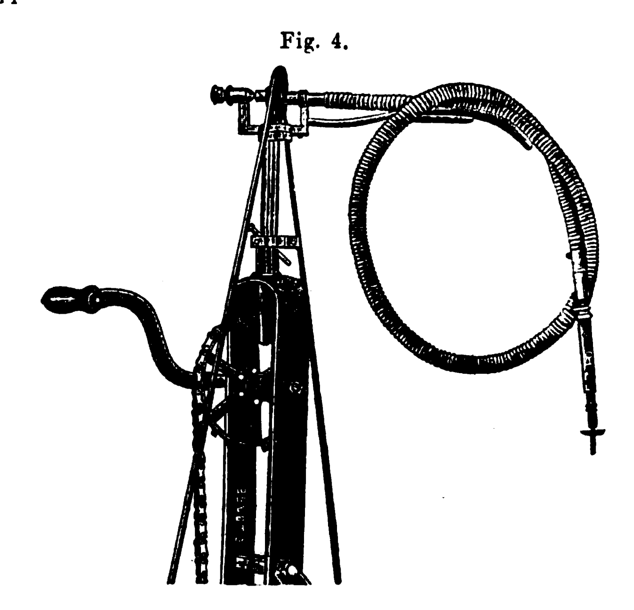
Fig. 2. Fig. 3.



— eben so schnell wie mit der Doyen'schen Kreissäge. Die Groß'sche Sonde erwies sich als ein ungemein bequemes Instrument zur Durchführung der Gigli-schen Drahtsäge, hauptsächlich desshalb, weil sie mit ihrem Rücken vor etwaigen Verletzungen der harten Hirnhaut im Moment des Durchsägens des Schädels sicher schützt. Die Basis des Knochenlappens wurde mit dem Doyen'schen Meißel durchtrennt und umgeklappt; die äußere Oberfläche der harten Hirnhaut lag frei: sie war völlig intakt, und konnte man durch dieselbe keinen Fremdkörper in der Tiefe durchtasten. In der Mitte der entblößten Gehirnhaut wurde nun zwischen den sichtbaren Gefäßen der Schnitt geführt. Auf der Gehirnoberfläche nichts Anormales sichtbar; an einer Stelle hatte man jedoch beim Tasten das Gefühl eines festen Gegenstandes in der Tiefe. Auf diesen Punkt wurde durch das Gehirn bis zu einer Tiefe von $2^1/_2$ cm eine gewöhnliche silberne geknöpfte Sonde geführt, mit der es jedoch nicht gelang, auf die Kugel zu stoßen. Darauf wurde auf diesem Wege ein Gigli'scher Leiter eingeführt, der aber nicht aus Fischbein, sondern aus einem weichen, dünnen, ca. 8 mm breiten Metallstreifen bestand, mit dessen Hilfe der Fremdkörper genau getastet wurde. Die Gigli-sche Platte wurde nicht herausgenommen und, um keine Verschiebung zu ver-

anlassen, mit ihrem gebogenen Ende von meinem Assistenten, Dr. Sykow, festgehalten. Längs diesem Leiter wurde zur Kugel eine feine gezahnte Koeber'sche Zange geführt, die aber das Geschoss zu extrahiren nicht ermöglichte, da sich die Kugel in einer narbigen Kapsel befand, welche erst eröffnet werden musste, indem die umgebende Gehirnsubstanz in einer Tiefe von 2 cm durchtrennt wurde. Jetzt war es ein leichtes, die Kugel zu entwickeln; sie bestand aus Blei, war wenig verändert, 5 g schwer und hatte 9 mm im Durchmesser. Auf ihrer Oberfläche waren geringe facettenartige Eindrücke, einige Furchen und Unebenheiten und tief ins Blei hineingetriebene Knochensplitterchen vorhanden. Wie gering auch die Veränderungen am Geschosse sind, so lassen sie doch schließen, dass zu ihrer Bildung ein gewisser Theil der lebendigen Kraft des Geschosses verloren ging, und desshalb eben die Kugel die hintere Schädelwand nicht erreichen konnte und im Occipitallappen stecken blieb.

Fig. 4.



Die Blutung während der Operation war äußerst gering. Das Fehlen derselben bei der Durchsägung des Knochens kann man sich durch das starke Erhitzen der Gigli'schen Säge erklären. Von dem aus dem Occipitalknochen entfernten Stück hatte sich so viel Periost losgelöst, dass man nicht riskiren konnte, es in die Trepanationsöffnung einzulegen, wesshalb es überhaupt entfernt wurde. Die Lappen der Weichtheile wurden an ihren Platz gelegt und vernäht. Nur ein geringer Zwischenraum zwischen den Rändern wurde, zum Einstellen einer Glasdrainage unter der Haut, ohne Naht gelassen.

Der Operationsverlauf ließ nichts zu wünschen übrig. Geringe Temperatursteigerung 38,2, die am 4. Tage wieder zur Norm zurückkehrte. Pat. klagte über keine Schmerzen, saß schon am 2. Tage nach der Operation, war sehr zufrieden, dass er seinen Kopf wenden und schütteln konnte, ohne dabei Schmerzen zu haben, und erschien am 3. Tage zu Fuß zur klinischen Demonstration. Am 5. Tage erster Verbandwechsel, wobei der Verband nur in seinen untersten Schichten ein wenig mit Blut getränkt war. Drainage wurde entfernt und der Verband verkleinert. Am 11. Tage Nähte entfernt — Prima intentio — Schlaf, Appetit vorzüglich; — Pat. wünscht entlassen zu werden, wird aber zur Beobachtung noch zurückgehalten.

Am 24. Mai 1900 aus der Klinik entlassen, wurde Pat. am selben Abend der Moskauer Physiko-Medicinischen Gesellschaft vorgeführt, wo er, nachdem ich mein

Referat beendet hatte, selbst über seinen Gesundheitszustand berichtete. Keine Schmerzen bei allen nur möglichen Kopfbewegungen und Liegepositionen — auch an den afficirten Extremitäten ist eine Besserung zu bemerken — der Gang ist viel besser als früher. Die Trepanationsöffnung ist über die Hälfte mit einem unnachgiebigem, sehr hartem Gewebe ausgefüllt.

Pat. reiste am selben Abend nach der Demonstration nach N., wo er seine dienstliche Stellung hatte.

Soeben erhalte ich (19. Juni) einen Brief vom Operirten dass sein Zustand »sich tagtäglich bessert«.

---

24) **M. Gerulanos.** Ein Beitrag zu den Dermoiden des Penis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 326.)

G. berichtet einen Fall aus der Kieler Klinik. Ein 5jähriger Knabe trägt an der Unterseite des Penis eine längliche, wurstförmige Geschwulst, 5 cm lang, $^3/_4$—1 cm dick, die seit $^3/_4$ Jahr, ohne Beschwerden zu machen, bemerkt worden, übrigens leicht aus der Subcutis zu exstirpiren war. Befund am Präparate: Balggeschwulst mit dickbreiigem Inhalte, bestehend aus Epidermiszellen, Detritus, Cholestearin. Die Cystenwand, 1—$1^1/_2$ mm dick, besteht aus einer gut vaskularisirten, fibrösen Kapsel, welcher eine Cutislage, bestehend aus einer Reihe basaler Cylinderzellen, dann polygonalen Retezellen, schließlich auch aus einem Stratum corneum, aufsitzt. Da auch Papillenbildung vorhanden, ist die Cyste sicher als Dermoid, nicht als Atherom aufzufassen.

Wie im Originale näher ausgeführt, wird die Geschwulst als angeborene anzusehen und ihre Entstehung auf Entwicklungsstörung beim Schlusse der Penisrinne in der Rhaphe zurückzuführen sein. (Also ein »fissural« gelagertes Dermoid.) G. theilt 3 bereits bekannte ähnliche Fälle mit, bespricht auch die sonstigen an den männlichen Genitalien vorkommenden cystischen Geschwülste der Haut, so wie die pathologischen Kennzeichen der Dermoide im Allgemeinen.

3 Abbildungen zeigen die Genitalien des Pat., die exstirpirte Geschwulst und einen mikroskopischen Schnitt der Cystenwand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **K. G. Lennander.** Ett fall af traumatisk slemhinneruptur i pars bulbosa urethrae.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. V. p. 131.)

Ein 69jähriger Mann mit mäßiger Prostatahypertrophie (die in der letzten Zeit 2- bis 3maliges Uriniren in der Nacht gefordert hatte) fiel am 12. September 1898 Mittags rittlings auf eine Diele. Beim ersten Versuchen, Harn zu lassen, sei nur Blut hervorgekommen, einige Stunden später aber konnte Pat. spontan uriniren. Um 5 Uhr fand Verf. eine eiförmige Anschwellung unterhalb der Pars bulbosa urethrae und diagnosticirte einen unvollständigen Schleimhautriss. Am Abend heftiger Schüttelfrost mit 38,5° Temperatur und Puls an 100. Den stark blutigen, sehr übelriechenden, aber sauren Urin konnte Pat. selbst lassen; Katheter wurde nicht eingeführt. Am folgenden Morgen Temperatur 40,6°, Aussehen eines schwer Kranken.

Operation am 13. September. Eröffnung der Pars bulbosa gegen Ultzmann's Metallsonde, die mit Leichtigkeit in die Blase eindrang. 1 cm vor dem Ligamentum triangulare fand sich im oberen und seitlichen Theile der Harnröhre ein hufeisenförmiger Schleimhautdefekt. Pars membranacea wurde nicht gespalten, nur allmählich gedehnt, bis ein kleinfingerdickes Drainrohr eingeführt werden konnte. — Binnen 24 Stunden waren Temperatur und Puls normal und der Allgemeinzustand sehr befriedigend. Der Harn war sehr trübe und enthielt Eiweiß, Leukocyten, Epithelzellen und körnige Cylinder. Obschon kein Instrument vor der Operation in die Blase eingeführt war, fanden sich bei der ersten Untersuchung Bacterium coli commune und Staphylococcus pyogenes albus. Die hochgradige Toxicität dieser Bakterien erklärte die heftigen Krankheitssymptome während der ersten 18 Stunden nach der an und für sich geringen Verletzung.

Obschon während der Blasendrainage in der folgenden Zeit eine rationelle Nachbehandlung — Sepsisspülungen, salzsaures Trinkwasser in reichlicher Menge — eingeleitet wurde, waren doch, als die Dammwunde nach 5 Wochen sich geschlossen hatte, die Harnwege des Pat. nicht steril.

Ein halbes Jahr nachher waren die Harnbeschwerden bedeutend vermindert. Nur 1mal des Nachts stellte sich Harndrang ein. Der Residualharn betrug 55 ccm und war eiweißfrei; aus demselben wurde Bacterium coli commune gezüchtet.

Hansson (Cimbrishamn).

26) **M. Gerulanos.** Über Cystocele lineae albae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. p. 190.)

Der in Helferich's Klinik beobachtete Fall wird vom Verf. als der einzige bisher mit Sicherheit beobachtete seiner Art angesehen. 52jährige Frau, 8mal, zuletzt vor 9 Jahren, entbunden. Bald nach der letzten Geburt erschien eine haselnussgroße Geschwulst vor der Symphyse, zuerst reponibel, seit 4 Jahren irreponibel geworden. Nach dem Urinlassen soll die Geschwulst jedes Mal stramm und dicker geworden sein. 2mal trat in letzter Zeit an der Geschwulstgegend ein mannsfaustgroßer Bruch heraus, der von ärztlicher Hand reponirt werden musste. Jetziger Befund: in der linken Schamlippe eine hühnereigroße, glatte, prallelastische, wenig druckempfindliche Geschwulst, die sich gegen die Symphyse mit einem harten, fingerdicken Stiele fortsetzt. Diagnose »Hernie« nicht sicher. Bei der Operation zeigt sich dieser Stiel, zwischen den Rectis weitergehend, an der Blase wurzelnd, aus welcher er durch eine Resektion ihrer Wand entfernt werden muss. Naht etc., Heilung. Der Stiel enthielt eine Lichtung, durch welche die Blase mit einem Schleimhaut besitzenden Hohlraume, einem Blasendivertikel, in Verbindung steht. Außerdem enthielt die exstirpirte Geschwulst noch eine pflaumengroße Cyste, mit gelblicher Flüssigkeit gefüllt, so wie ein haselnussgroßes Lipom. Die Cyste fasst G. als veränderten Rest eines früheren Hämatoms auf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **E. Lobstein.** Die Blasensteinoperationen der Czerny'schen Klinik aus den letzten 20 Jahren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Die L.'sche Arbeit umfasst 74 Steinoperationen, 7 Extraktionen von Fremdkörpern. Bei Blasensteinen hat die Sectio alta seit 1887 die Sectio perinealis fast vollkommen verdrängt. Bei den perinealen Operationen kam nur der Medianschnitt in Verwendung. Beim hohen Steinschnitte wurde stets nach mäßiger Füllung der Blase ein medianer Längsschnitt ausgeführt, nach Entfernung des Steines — mit einer Ausnahme — Blasenwand und Bauchdecken zugenäht. Die Sterblichkeit betrug 2 unter 26 Fällen. Die Lithotripsie ist seit 1881 nach Bigelow (Litholapaxie) einzeitig ausgeführt worden; es waren indessen oft Wiederholungen des Eingriffes nothwendig. Von 26 Pat. starben 2 (an Nachoperationen); 4mal musste nachträglich noch der Medianschnitt ausgeführt werden.

Unter den Fremdkörpern der Blase figuriren Drahtnägel, Haarnadel, Kornähre, Bleistift. Die Entfernung gelang 1mal, bei einem Mädchen, nach Dehnung der Harnröhre, 4mal wurde der Medianschnitt, 2mal die Sectio alta ausgeführt.

Honsell (Tübingen).

28) **R. Meyer.** 9 Fälle von Blasentumoren.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900.

Die Arbeit beschränkt sich im Wesentlichen auf die ausführliche Mittheilung der betreffenden Kranken- und Operationsgeschichten. Das Interessante wird in der Diagnostik der Blasengeschwülste gesucht, und hier erweist sich vor Allem die Verwendung des Cystoskops als unentbehrliches Hilfsmittel, das nur in 2 Fällen wegen allzu hochgradigen Katarrhs und starker Blutungen versagte. Nur in 2 Fällen konnte aus abgegangenen Fetzen die Blasengeschwulst mit Sicherheit

angenommen werden; die mikroskopische Untersuchung der Harnsedimente ergab niemals irgend welchen Anhalt.

3 Beobachtungen betrafen gutartige »Polypen«, die übrigen 6 bösartige Geschwülste (1 Sarkom, 5 Carcinome) von Bohnen- bis fast Faustgröße. In 5 Fällen setzte das Leiden mit Hämaturie ein, sonst mit Harndrang und Schmerzen beim Uriniren; das eigentliche Krankheitsbild wurde, vielleicht mit Ausnahme eines Falles von Blasenpolyp, von der Hämaturie beherrscht, zu der sich meist (in 6 Fällen) Harndrang und Schmerzen in der Eichel gesellten.

In 8 Fällen wurde Operation vorgenommen: einmal Sectio mediana nach Thompson, die sich aber bei der Größe der Geschwulst (Carcinom) als unzureichend erwies, in den übrigen Fällen Sectio alta; 4mal wurde bei letzterer primäre Blasennaht ausgeführt, die jedoch in 3 Fällen versagte. Das Freibleiben der Harnleitermündungen in allen Fällen gestaltete die Exstirpation der Geschwülste relativ einfach; nur 1mal war Eröffnung und Resektion des Bauchfelles erforderlich.

In 4 Fällen trat bald nach der Operation der Tod ein, theils wegen Herzschwäche, theils in Folge Wundinfektion (1 Pyelitis und Pyelonephritis); 1 Fall (Sarkom) erwies sich bei der Sectio alta als inoperabel. Völlige Heilung wurde nur in 3 Fällen erzielt, die in einem (Papillom) 2 Jahre, in einem anderen (Carcinom!) 6 Jahre angehalten hat. **Gross** (Straßburg i/E.).

29) **Tédenat.** Des fistules uréthro-rectales.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 5.)

Bei der Seltenheit der Harnleiter-Mastdarmfisteln theilt Verf. folgende Beobachtung ausführlich mit: Der 21jährige Kranke zog sich Aufang 1886 einen heftigen Tripper zu, an den sich nach mehreren Wochen ein Prostataabscess anschloss, der sich schließlich gleichzeitig in die Harnröhre und den Mastdarm öffnete. Bildung einer Urethro-Rectalfistel mit allen ihren unangenehmen Folgeerscheinungen: Abgang von Gasen und Kothbröckelchen durch die Harnröhre. Abgang von Urin durch den Mastdarm. Halbstündliche Urinentleerungen unter heftigem Tenesmus. Mai 1887: Operation. Transversale prärectale Incision. Trennung von Harnröhre und Mastdarm; Schluss der Harnröhren- und Mastdarmöffnung. Heilung. 10 Jahre später periurethraler Abscess mit consecutiver Darmfistel. Urethroplastik; Heilung. **P. Wagner** (Leipzig).

30) **Chiarboni.** Fistole uro-genitali.

(Accad. di Palermo. Seduta del 29. aprile 1900. Ref. nach Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 63.)

C. berichtet über 2 operirte und geheilte Vesicovaginalfisteln. Bei der 1. Fistel war auch die Harnröhre betheiligt, und hier blieb eine gewisse Inkontinenz nach der Operation bestehen. Scheide und Blase wurden von einander getrennt und die Ränder einzeln mit einander vernäht. Die Blasennaht konnte darauf auch quer angelegt werden, so dass sie mit der longitudinalen Scheidennaht ein Kreuz bildete. Eventuell könnte die Kreuzform auch auf umgekehrtem Wege erzielt werden.

Die Operationsmethode kann bei sämmtlichen Blasen- und Harnröhrenfisteln angewandt werden. **Dreyer** (Köln).

31) **U. Chiaventone.** Greffe extrapéritonéale d'un uretère sur la vessie au moyen d'un bouton anastomotique modifié pour le traitement d'une fistule urétérale avec graves altérations fonctionelles du rein.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1900. No. 5.)

Der Fall betraf eine 29jährige Kranke, die nach einer vaginalen Hysterektomie eine Harnleiter-Scheidenfistel davongetragen hatte. Schwere Störungen in Folge funktioneller Insufficienz der betreffenden Niere. Die mit gutem Erfolge aus-

geführte Uretero-Cystostomie geschah mittels des vom Verf. modificirten Boari-schen Harnleiterknopfes. **P. Wagner** (Leipzig).

32) **Borowski.** Drei Fälle von subkutaner Nierenzerreißung.

(Wojenno med. Journal 1900. März. [Russisch.])

1) Ein 23jähriger Mann wurde von einer Deichsel gegen einen Baum gedrückt. Rechts Schmerzen, Hämaturie, Fieber (38—39,6). Operation am 12. Tage: Niere von Blut umgeben, in der Mitte bis zum Nierenkelch zerrissen; nach Entfernung der Coagula venöse Blutung. Tamponade. Nach $1^1/_2$ Monat hört die Hämaturie auf, nach 3 Monaten geheilt.

2) 12jähriger Knabe, vor $4^1/_2$ Monaten Hufstoß gegen die linke Seite; Hämaturie; nach $1^1/_2$ Monat Schwellung im Bauche links; vor 1 Monat starker Durchfall, worauf die Geschwulst verschwand. Pat. ist äußerst schwach. Nach 5 Tagen Schnitt hinten links, viel Eiter. Beim Schlusse der Operation steht plötzlich die Respiration (8,0 $CHCl_3$ verbraucht) und Tod. Sektion: Niere vergrößert, mitten durch die ganze Dicke eine Narbe bis zum Nierenkelche.

3) 23jähriger Mann. Klinischer Verlauf wie bei 1). Am 4. Tage Lendenschnitt, perirenales Bindegewebe von Blut durchtränkt. Niere vergrößert, dunkelblau, Riss nicht gefunden. Tampon. Nach 11 Tagen kein Blut im Harn; nach 1 Monat geheilt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

33) **E. Lobstein.** Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Seit 1883 wurden in der Czerny'schen Klinik 23 reine Wandernieren operirt. Die Operation — Nephrorrhaphie — betraf 20mal die rechte, 3mal die linke Niere. Meist wurde ein lumbo-dorsaler Schiefschnitt ausgeführt, dann die Niere aus der Fettkapsel ausgeschält; die Anheftung der Niere selbst geschah in den letzten 10 Jahren derart, dass die Capsula propria zum Theil abgelöst und resecirt, dann die Naht durch das Parenchym der unteren Nierenhälfte und den Muskelfascienrand der Wunde durchgeführt wurde.

Fast stets trat glatte Heilung ein. Von 18 länger beobachteten Pat. zeigten 11 einen vollkommenen Erfolg, 3 bedeutende Besserung, keine oder nur vorübergehende Besserung ebenfalls 3.

Von 11 Hydronephrosen wurden 4 mittels Nephrotomie, 7 mittels Nierenexstirpation behandelt. Bei der Nephrotomie wurde der Sack durch einen lumbalen Quer- oder Schrägschnitt freigelegt, die Flüssigkeit durch Punktion entleert und die Sackwand mit den Wundrändern vernäht; Verkleinerung der Öffnung, Drainage. 1 Fall endete tödlich, 3mal trat Heilung ein. Von den nephrektomirten Pat. sind 3 gestorben, 4 geheilt. Seit 10 Jahren wird der konservativen Methode der Nephrotomie der Vorzug vor der Nephrektomie gegeben.

Honsell (Tübingen).

34) **Koblanck und Pforte.** Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalte und eigenartiger Wand, nebst Bemerkungen über Chyluscysten.

(Virchow's Archiv Bd. CLXI. p. 44.)

Bei der Laparotomie einer 61jährigen Frau, bei welcher die Diagnose zwischen Ascites und Eierstocksgeschwulst geschwankt hatte, fand sich eine retroperitoneale Cyste mit 25 Liter chylusähnlichem Inhalt. Erst die genaue mikroskopische Untersuchung der Wand ergab, dass es sich um eine Hydronephrose von ganz enormer Ausdehnung handelte, zu deren Entwicklung nicht nur das Nierenbecken, sondern theilweise auch der Harnleiter beigetragen hatte. Sowohl durch ihren Inhalt, wie durch die Eigenart ihrer Wandung weicht die Geschwulst nicht unerheblich von den bisher beschriebenen Hydronephrosen ab. Die Cystenwand war ausgekleidet von einem mehrschichtigen Epithel. Ferner fanden sich an der dicksten Stelle



der Wand Reste von Nierenparenchym und eine kystomähnliche Neubildung, bestehend aus zahlreichen kleinen, zum Theil makroskopisch sichtbaren Cystchen mit niedrigem kubischen oder plattem Epithel und daneben solid erscheinende Epithelstränge, welche theilweise in größere cystische Bildungen übergingen.

Was die Entstehungsursache betrifft, so konnten nach Ansicht der Verff. hier 2 Ursachen in Betracht kommen: Da der Harnleiter sich noch als durchgängig erwies, so könne es sich entweder um eine spitzwinklige Insertion desselben am Nierenbecken gehandelt haben, oder um eine Kompression von außen her, vielleicht durch den schwangeren Uterus. Die Frau hatte einmal vor 31 Jahren geboren, und war damals während der Schwangerschaft eine linksseitige Eierstocksgeschwulst festgestellt worden. Nach der Entbindung hatte Pat. seitdem einen starken Leib behalten. **Fertig** (Göttingen).

35) **G. Nicolich.** Ein Fall von aseptischer Nephrolithiasis. Nephrolithotomie. Heilung.

(Wiener med. Presse 1900. No. 22.)

32jähriger Kranker mit linksseitiger Nephrolithiasis; häufige Kolikanfälle. Linke Niere vergrößert und druckempfindlich. Wiederholt angestellte Durchleuchtungsversuche mit Röntgenstrahlen ergaben kein Resultat. Freilegung der linken Niere mittels Guyon'schen Bogenschnittes; Eröffnung der Niere mittels Sektionsschnittes; Extraktion eines kastaniengroßen Konkrementes aus dem Nierenbecken. Harnleiter frei. Naht der Niere; Naht der Weichtheile, Jodoformgazedrainage. Reaktionslose Heilung. **P. Wagner** (Leipzig).

36) **J. Verhoogen** (Brüssel). Partielle Nephrektomie.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XI. Hft. 6.)

Bei einer tuberkulösen Niere wurden zwei anscheinend ganz isolirte, taubeneigroße Kavernen excidirt und die Nierenwunden mit Katgut genäht. Es kam zu einer Nierenfistel, der Urin, der eine Zeit lang klar gewesen war, wurde wieder eitrig, so dass 6 Wochen nach der ersten Operation die Exstirpation vorgenommen werden musste, die nach anfänglich gutem Verlaufe am 20. Tage nach der Operation zum Tode an eitriger Peritonitis (Laparotomie ante mortem, keine Autopsie) führte.

Die exstirpirte Niere war in ihrer ganzen Ausdehnung von frischen Tuberkeln durchsetzt. Die eine Wunde war lineär verheilt, die andere in eine große Höhle verwandelt, welche mit dem Nierenbecken kommunicirte. Außerdem fand sich noch eine dritte, nussgroße, bei der Operation übersehene Kaverne.

(Das Interesse dieses Falles liegt hauptsächlich darin, dass er zeigt, dass es bei Nierentuberkulose principiell falsch ist, zu reseciren, da die tuberkulösen Herde sich wohl stets im ganzen Organ disseminirt finden, und man bei der Resektion niemals die Garantie haben wird, dass alles Kranke entfernt ist. Ref. hat 9mal tuberkulöse Nieren, bei denen die Diagnose durch Tuberkelbacillenbefund im Urin oder pathologisch-anatomische Untersuchung sichergestellt wurde, exstirpirt (mit einem Todesfalle). 2mal fanden sich nur spärliche, kleine tuberkulöse Herde; aber auch in diesen Fällen waren dieselben nicht auf einen Theil der Niere beschränkt, sondern im ganzen Organ zerstreut. Ref.)

F. Brunner (Zürich).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 1. September.** **1900.**

Zur Frage der Knochenplastik am Unterkiefer.

Von

Dr. W. Sykoff,

Assistent an der chirurg. Klinik des Herrn Prof. L. L. v. Lewschin.

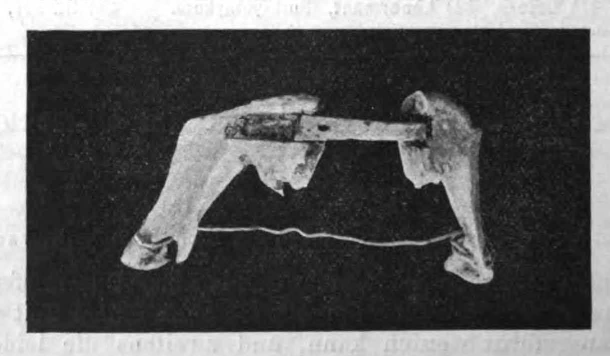
Bekanntlich werden zur Defektdeckung am Unterkiefer erstens die Prothese, die sowohl während, als auch einige Zeit nach der Operation ausgeführt werden kann, und zweitens die leider selten benutzte Knochenplastik verwandt. Ich will mich hier nur auf die Besprechung der letzteren, die mit Hilfe der autoplastischen Transplantation vor sich geht, beschränken. Nur bei einer derartigen Transplantation kann man darauf rechnen, dass das transplantirte

Stück weder abstirbt noch der Resorption anheim fällt. Ferner muss die Anwendung der Autoplastik zur Knochendefektdeckung als eine weit zweckmäßigere und natürlichere chirurgische Hilfeleistung, als die künstliche Prothese, wie sie auch sein möge, betrachtet werden. Hauptbedingung für die Verwachsung des Knochenstückes bei der Autoplastik ist 1) Erhaltung seines Periosts und einer Brücke zum umliegenden Gewebe, 2) Erhaltung des Knochenmarkes und 3) Aseptik des transplantirten Stückes Knochengewebe; endlich noch erhält man bei der Autoplastik allem Anscheine nach die besten Resultate in den Fällen, wenn der Defekt durch einen Knochen gleicher Struktur, der außerdem unter gleichen Ernährungsbedingungen steht, ersetzt wird. Bezüglich der Frage der Knochenplastik am Unterkiefer muss ich bemerken, dass auf diesem Gebiete noch sehr viel zu leisten wäre, worauf auch Demming in seinem Artikel hinwies. Nach diesem Autor kann man zur Füllung des Defektes am Unterkiefer Knochenstücke vom Schenkel (Marshal), vom Schlüsselbein (Wölfler) und von der Stirn (Bardenheuer) benutzen. Prof. Diakonow verwandte zur Deckung eines Defektes am Unterkiefer einen Haut-Muskel-Knochenlappen, der dem unteren Rande des Unterkiefers entnommen war.

In diesem Jahre benutzte ich zur Ausfüllung eines Defektes am Mittelbogen des Unterkiefers eine sehr einfache und, so weit mir bekannt, nicht beschriebene Methode, die die Möglichkeit gab, einen bedeutenden Defekt am Unterkiefer zuverlässig zu decken.

Ich führe in Kürze diesen Fall an:

Pat. trat am 26. Februar 1896 in die Klinik ein, um Hilfe wegen Verunstaltung ihres Gesichts zu suchen, die nach Noma am Kinn und der Unterlippe zurückblieb. Der untere Theil des Unterkiefers ist von allen seinen Weichtheilen und dem Periost völlig entblößt. Die seitlichen Grenzen dieser geschwürigen Oberfläche befinden sich in der Gegend des Foramen mentale. Dieser Theil des Unterkiefers ist völlig abgestorben und zahnlos. Unterlippe fehlt. Starker Speichelfluss.



Sprache sehr erschwert, jedoch verständlich. Das Essen geht verhältnismäßig gut vor sich, Pat. kann jedoch Flüssigkeiten in der Mundhöhle nicht halten. Pat. wird ihres äußerst erschöpften und blutarmen Zustandes wegen zuerst auf Mastkur gesetzt und dann nach einigen Monaten operirt. Resektion des abgestorbenen Stückes des Unterkiefers und nachfolgende Bedeckung der geschwürigen Ober-

fläche durch der Wange und dem Halse entnommenen Hautlappen. Aus der inneren Wangenschleimhaut wurde die Unterlippe gebildet. Ungeachtet des Erfolges dieser Operationen hat die Salivation nicht aufgehört, und Pat. verließ die Klinik unzufrieden über das Fehlen des Kinns, welches ihrem Gesichte den Ausdruck gab, den man bei geringer Entwicklung des Unterkiefers beobachten kann.

In diesem Jahre kam die Pat. wiederum in die Klinik mit ihren früheren Klagen. Am 1. März 1900 wurde sie von mir operirt Zwecks Restituirung des verlorenen mittleren Theiles des Knochenbogens des Unterkiefers. Um eine Verunstaltung des Gesichts zu vermeiden, wurde ein dreieckiger Schnitt direkt am unteren Theile des Unterkiefers geführt und alle Weichtheile inkl. Periost nach oben gestülpt; um ein Nachhintenfallen der Zunge zu vermeiden, wurde diese mit einem Faden gefasst und aus der linken Hälfte des Unterkiefers eine ca. 4 cm lange Platte herausgesägt, wie dies aus der Zeichnung ersichtlich ist. Auf dem freien Rande der rechten Hälfte des Unterkiefers wurde eine ca. 1 cm lange Vertiefung gemacht, in welche das herausgesägte Knochenstück hineingelegt wurde und so eine Brücke über den Defekt bildete. Die heftige Blutung wurde durch Tamponade und durch Wachsplatten, wie sie von englischen Chirurgen bei Schädeloperationen gebraucht werden, gestillt. Das so transplantirte Knochenstück wurde in der Gegend des Zungenbandes vernäht, und der ganze Lappen aus Weichtheilen und Periost auf seinen früheren Platz gelegt.

Der Wundverlauf war völlig zufriedenstellend. Pat. wurde in der chirurgischen Gesellschaft in Moskau von mir demonstrirt.

Das Resultat kann als sehr gelungen betrachtet werden. Bei nächster Gelegenheit gedenke ich zu diesem Zwecke ein Stückchen Rippe inkl. Periost zu benutzen.

---

1) **Friedmann.** Über die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberkulöse Infektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 24.)

Nach den Untersuchungen des theils von Lebenden, theils von Leichen gewonnenen Materials ist die Tonsillartuberkulose im Wesentlichen auf zwei Entstehungsarten zurückzuführen 1) auf die primäre Infektion durch die Nahrung, 2) auf die sekundäre Infektion durch bacillenhaltiges Sputum. Die erste Art ist im Kindesalter die häufigere.

Borchard (Posen).

2) **G. Strube.** Über die Rotzkrankheit beim Menschen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 2.)

Nach einem geschichtlichen Überblick referirt S. kurz und knapp dasjenige, was im Allgemeinen über das klinische Bild der bei Menschen beobachteten Rotzfälle bekannt ist. Die Ätiologie wie die pathologischen, anatomischen und bakteriellen Verhältnisse finden im Einzelnen ihre Besprechung, und an der Hand der Symptome ist die Diagnose der, wenn auch bei Menschen seltenen, doch immerhin wichtigen Krankheit geschildert. Bei der Behandlung findet, wie natürlich, das Malleïn eine eingehendere Berücksichtigung. Leider muss bei einer Übersicht über die Erfolge desselben gesagt werden,

dass man bei uns nicht allzu sehr mehr von dem Mittel begeistert ist, während das Ausland theilweise etwas schwärmerische Verehrer desselben noch heute besitzt. Allein, so lange nicht rotzkranke Thiere auf dasselbe reagiren, und Rotzkranke keine Wirkung davon verspüren, ist in der That sein Werth zweifelhaft, seiner Anwendung beim Menschen natürlich eine Grenze gesetzt. Um so mehr ist einstweilen noch eine Vorbeugung gegen das Leiden durch sanitärpolizeiliche Maßnahmen zu erstreben, wie sie in der Arbeit einzeln genannt sind. Wenn auch manche Punkte durch das bei uns bestehende Viehseuchengesetz geregelt sind, so fehlt es doch für einen ausgedehnteren prophylaktischen Schutz noch an internationalen Vereinbarungen über einzelne sehr wünschenswerthe Bestimmungen. Diese sind allerdings sehr schwer zu erzielen, da selbst die Wissenschaft bei der Unsicherheit in den Anschauungen über Malleinwirkung keine strikte Kritik zu üben im Stande ist.

Ernst Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **F. Selberg.** Das maligne Adenom.

(Virchow's Archiv Bd. CLX. p. 552.)

Verf. fand bei einer Anzahl durch Operation oder Sektion gewonnener Präparate, dass sich diese bei der mikroskopischen Untersuchung als reine Adenome erwiesen, obwohl klinisch alle Kennzeichen des Carcinoms vorlagen.

Im ersten Theile seiner Arbeit bespricht Verf. die über diesen Gegenstand vorhandene Litteratur und die in diesem Punkte der Geschwulstlehre vorhandenen divergirenden Ansichten der verschiedenen Autoren und geht dann über zur Beschreibung von 4 Fällen von malignem Adenom des Uterus.

Im zweiten Theile werden die malignen Adenome der anderen Organe abgehandelt, und beschreibt Verf. hier 2 Mastdarmgeschwülste, je eine Geschwulst der Flexura sigmoidea, des Magens und der Gallenblase. Besonders interessant ist die eine Mastdarmgeschwulst wegen der dreifachen Kombination von warzenförmigen Exkrescenzen, Polypenbildung und malignem Adenom.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: Es giebt sowohl im Uterus wie in den anderen drüsenhaltigen Organen eine als malignes Adenom zu bezeichnende, wohl charakterisirte Geschwulstart. Dieselbe unterscheidet sich vom Carcinom dadurch, dass sie

1) den rein drüsigen Charakter streng wahrt, indem sie
   a. keine Mehrschichtigkeit des Epithels,
   b. keine Polymorphie der Zellen,
   c. keine soliden Zapfen besitzt;

2) das heterologe Gewebe zerstört, ulcerirt und Metastasen von gleichem drüsigen Bau hervorbringt.

Fertig (Göttingen).

---

4) G. Hämig. Über die Fettembolie des Gehirns.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Frakturen aus der Krönlein-schen Klinik, bei welchen der Tod an Fettembolie eintrat. 3mal handelte es sich um einfache subkutane, 2mal um mehrfache, theils subkutane, theils offene Brüche. 6—28 Stunden nach dem Unfalle stellten sich cerebrale Störungen, ein zunehmender Sopor ein, welchem 3mal ein Excitationsstadium vorausging, und der theilweise auch von Trismus und Spasmen, in einem Falle von Hemiplegie begleitet war; außerdem wurde in sämmtlichen Fällen hohes, progredient ansteigendes Fieber beobachtet, welches vom Verf., eben so wie das aseptische Fieber, bei solchen Pat., die ein erfahrungsgemäß zu Fettembolie Veranlassung gebendes Trauma erlitten haben, aufgefasst wird als eine durch Hirnfettembolie verursachte Alteration der Wärmecentren. 1—$4^3/_4$ Tage nach dem Einsetzen der Hirnsymptome erfolgt der Tod. Bei der Sektion fanden sich Ekchymosen im Hirn, Endokard, unter dem Perikard und den Pleuren; mikroskopisch wurden Fettembolien im Gehirn, Herz, Lungen, theilweise auch in Nieren und Milz nachgewiesen.

Wie des weiteren ausgeführt wird, sind die schweren Hirnsymptome nicht schon durch die Fettembolie als solche, sondern vermuthlich erst durch die embolischen Hämorrhagien und Thrombosirungen ausgelöst worden. Bei der Fettembolie kann man Störungen primärer und sekundärer Form unterscheiden. Die primären Störungen schließen sich direkt an den Eintritt von Fett in die Blutbahn an; beim Thier wurden sie schon mehrfach experimentell erzeugt, beim Menschen kommen schwerere Formen solcher Fettembolie dagegen nur selten vor. Die sekundären Störungen stellen sich erst ein, nachdem das Individuum kürzere oder längere Zeit keine wesentliche Alteration des Allgemeinbefindens gezeigt hat. Ein genaues Studium dieser Form beim Thiere steht noch aus, dagegen gehören zu ihr fast alle beim Menschen beobachteten Fettembolie-Todesfälle

Zum Schlusse der Arbeit wird auf die große Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Fettembolie und intrakranieller Blutung hingewiesen. **Honsell** (Tübingen).

---

5) Carrière et Vanverts (Lille). Etude critique et expérimentale sur la stérilisation des éponges.

(Archiv prov. de chir. 1900. Bd. IX.)

Verff. kommen zu dem Ergebnis, dass die in der Bauchchirurgie früher so gern verwendeten, wegen ihrer schwierigen Sterilisation aber zur Seite geschobenen Schwämme doch rasch und sicher und ohne Zerstörung ihrer besonders werthvollen Strukturverhältnisse sterilisirt werden können, nämlich durch Wasserstoffsuperoxyd in 10%iger Lösung. Dauer der Sterilisation 24 Stunden. Verff. haben

vorwiegend mit Bacillus subtilis gearbeitet. Sie glauben die nothwendige Tiefenwirkung erzielt zu haben. Auch nach 6—7monatlicher Aufbewahrung in dem Desinficiens ging die hydrophile Eigenschaft den Schwämmen nicht im mindesten verloren.

P. Stolper (Breslau).

---

6) **J. F. W. Whitebeck.** Treatment of superficial wounds without sutures.

(**New York med. record 1900. April 14.**)

Verf. verwendet in ausgedehntem Maßstabe dünne Lagen von gut absorbirender Watte und Kollodium anstatt der Naht.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **F. V. Abramowitsch.** Über die blutstillende Wirkung des Wasserdampfes und der heißen Luft bei Verwundungen der Leber.

Dissertation, St. Petersburg, 1900. 120 S. (Russisch.)

Verf. experimentirte an 15 Hunden und Kaninchen und studirte die Vorgänge mikroskopisch. Schlusssätze: heiße Luft wirkt schneller als der Dampf; letzterer ist schwerer in genügend hoher Temperatur zu gewinnen, wird durch die Feuchtigkeit an der Wunde und das herausfließende Blut rasch abgekühlt, muss daher länger angewendet werden und schädigt das Gewebe auf größere Tiefe, als die heiße Luft. Heiße Luft (über 400°) trocknet und verkohlt das Gewebe, bildet so einen Schorf, ruft starkes Zusammenziehen der Gewebe hervor und stillt auf diese Art die Blutung; sie wirkt genügend auf 7 mm starke Lebervenen und auf die Art. femoralis großer Hunde. Berieselung der Wunde durch Blut hemmt die Wirkung der heißen Luft; die Wunde muss daher durch Kompression blutleer gemacht werden. Keilförmige Stücke können aus der Leber bei Heißluftwirkung in beliebiger Größe entfernt werden. Die Heilung der so behandelten Wunden geht unter Narbenbildung und Resorption der nekrotischen Gewebe vor sich; Regeneration mit Kariokinese wurde nicht beobachtet. Die Nekrose greift über die Grenzen des Schorfes hinaus; im Schorfe bilden sich in allen Gefäßen Thromben. Großen Einfluss auf die Energie und die Schnelligkeit der Wundheilung bildet die Verwachsung der Wunden mit dem Netz. Bei Heißluftwirkung ist der Schorf deutlich vom gesunden Gewebe abgegrenzt und dünner, als bei der Dampfwirkung; die Narbenbildung und Resorption des Schorfes geht rasch vor sich; vom Dampfe werden die oberflächlichen Theile des Schorfes morphologisch weniger verändert, als von der heißen Luft. Im Anhange ein Litteraturverzeichnis von 62 Nummern. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

8) **D. A. Kessler.** Zur Frage von der Behandlung mit elektrischem Lichte.

(Wratsch 1900. No. 14.)

K. bedient sich des Glühlichtes von 16—100 Kerzen und eines Reflektors von 10—30 cm im Durchmesser. Dabei wirken Licht und Wärme; fängt die beleuchtete Stelle an zu schwitzen, hört man mit der Bestrahlung auf. Täglich werden 1—2 Sitzungen verordnet. Im Ganzen behandelte K. 137 Fälle: 36 Kontusionen, 29 Luxationen und Distorsionen, 31 Rheumatismen, 9 Hautkrankheiten, 32 Neuralgien. Hauptresultate: die Behandlung fordert weniger Zeit als viele andere; Schmerzen, Blutextravasate, Gelenkexsudate schwinden bald, besonders bei akutem Gelenkrheumatismus und Kontusionen; hier ist die Lichtwärme das beste Mittel. Die Funktion der erkrankten Organe wird bald wieder hergestellt. Auch verschiedene Exantheme werden gut beeinflusst, z. B. das Ekzem. — Theuere Medikamente, Salben, Massage und Kompressen werden bei dieser Behandlung unnöthig.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **J. G. Gabrilowitsch** und **L. O. Finkelstein.** Zur Frage von der Behandlung mit elektrischem Lichte.

(Wratsch 1900. No. 14 u. 15.)

G. und F. behandelten 50 Pat. im Sanatorium für Lungenkranke mit Volta'schem Bogenlichte (10—20 Ampères). Pat. sitzt $1^1/_4$—3 Meter vom Reflektor entfernt, so dass er eine angenehme Wärme empfindet. Es handelte sich in den meisten Fällen (31) um Pleuritis, in den übrigen um Neuralgien, rheumatische und syphilitische Schmerzen und Rippenperiostitis bei Tuberkulösen. — In allen Fällen wurden die Schmerzen geringer, hörten zuweilen für 3—10 Stunden ganz auf; doch mussten die Sitzungen fast immer wiederholt werden. Nach den folgenden Bestrahlungen wurden die Schmerzen immer schwächer und kehrten erst nach längeren Zwischenräumen zurück. Die größte Zahl der Sitzungen betrug 54 bei einem Falle von Pleuritis. Am besten half das elektrische Licht bei Rheumatismus; darauf folgen: Neuralgie, syphilitische Schmerzen; von 31 Pleuritiskranken wurde bei 11 das Reibegeräusch schwächer, meist in frischen Fällen. Überhaupt ist das elektrische Licht ein nützliches und angenehmes Palliativmittel bei der Behandlung der Tuberkulose.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

10) **Tuttle.** Experiences with ethyl chlorid in general anaesthesia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1900. No. 12.)

Verf. hat das Chloräthyl als Unterstützungsmittel bei Äthernarkose angewandt, in der Art, dass er zunächst Chloräthyl zum

Inhaliren für ca. 3 Minuten benutzte, dann mit Äther weiter narkotisirte, wobei vollständige Erschlaffung, die mit Chloräthyl allein nicht zu erzielen war, überraschend schnell eintrat; im Ganzen dauerte eine solche Narkose bis zur Erschlaffung ca. 7 Minuten, nie länger. Gestützt auf 2 günstige Fälle machte Verf. Versuche in 40 weiteren Fällen in folgender Weise: Chloräthyl in graduirten Tuben mit weiter Öffnung, verschlossen wie die bei uns üblichen von D. Robisch-München, wird auf die Innenseite einer gewöhnlichen Esmarch'schen Maske, die noch mit einigen Lagen Gaze belegt ist, gespritzt und inhalirt, bis Hautanästhesie gegen Nadelstiche oder Unempfindlichkeit der Conjunctiva eintritt; dann wird Äther angewandt, worauf in wenigen Minuten vollkommene Anästhesie und Erschlaffung eintritt. Während der Chloräthylnarkose ist Pat. bei Bewusstsein. Excitation tritt selten in minimalem Grade ein. Nach der Narkose keine Übelkeit oder Erbrechen. In 36 Fällen vollkommenes Resultat, in 4 Versagen.

Die Methode ist so einfach und scheint so sicher und ungefährlich, dass sie jedenfalls einer Nachprüfung werth ist, namentlich in solchen Fällen, wo eine längere Äthernarkose voraussichtlich nöthig sein wird.

Heddaeus (Trier).

---

11) **H. W. Carter.** Nitreus oxide and ether anaesthesia.

(New York med. record 1900. April 14.)

Der englische kombinirte Apparat nach Clover Hevitt wird nach C. durch den bei Thiemann & Co. jetzt erhältlichen Apparat von Bennet noch übertroffen. Ohne auf die Beschreibung hier weiter einzugehen, handelt es sich um Fortsetzung der gemischten Narkose, bis in 2—3 Minuten bei kompleter Anästhesie Äther allein gegeben wird. Bei Herz- und Lungenaffektionen scheint die Methode von großem Vortheile zu sein, da nur sehr wenig Lachgas verbraucht wird und die unangenehmen Erscheinungen bei Beginn der Äthernarkose vermieden werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **C. Truneçek.** Radical cure of epithelial cancer by arsenic.

(New York med. record 1900. Juni 2.)

Über die Behandlung des Krebses nach Czerny-Truneçek sind mehrfach Publikationen, auch im Auslande, erschienen (cf. Honsell, Beiträge zur klin. Chirurgie 1898).

Die Autoren behaupten, dass arsenige Säure eine konstante Reaktion mit dem Krebsgewebe giebt, und dass dadurch Epitheliome unter Umständen radikal entfernt werden können.

Mit einer Lösung von 1 g arsenige Säure in je 75 g Äthylalkohol und Wasser wird die gereinigte Fläche der Neubildung mittels einer Bürste besprengt und ohne Verband nach dem Eintrocknen diese Procedur wiederholt.

Die Schmerzen sind nicht erheblich, die Eschara bleibt liegen bis zur Demarkation bei täglicher Behandlung.

Bildet sich dann in 24 Stunden nach erneuter Applikation der Arsenlösung eine gelbliche, leicht entfernbare und keine Blutung veranlassende Kruste, soll alles krebsige Gewebe zerstört sein. Entsteht andererseits ein schwarz gefärbter Schorf, welcher der Unterlage anhaftet, muss die Behandlung weiter geführt werden. Die Granulationsfläche wird wie gewöhnlich behandelt.

Bestand noch keine Ulceration der Neubildung, empfiehlt es sich, durch Skarifikation resp. Excision eines kleinen Hautstückes die Arsenwirkung zu ermöglichen.

Die Anwendung beschränkt sich nach Lokalisation der Neubildung und Freibleiben der Drüsen.

Eine Intoxikationswirkung wurde nicht beobachtet, auch wenn allmählich eine Verstärkung der Lösung bis auf 1 : 80 erfolgte.

Die Krankengeschichten eines mit gutem Erfolge behandelten Lippenkrebses und eines Gesichtskrebses werden ausführlich beschrieben.

Der Mechanismus der Behandlung wird so erklärt, dass durch den Alkohol die Krebszellen entwässert sind und das Protoplasma coagulirt wird. Das Bindegewebe degenerirt, so weit es Krebsstroma ist; eine demarkirende Entzündung eliminirt den Krebs wie einen Fremdkörper.

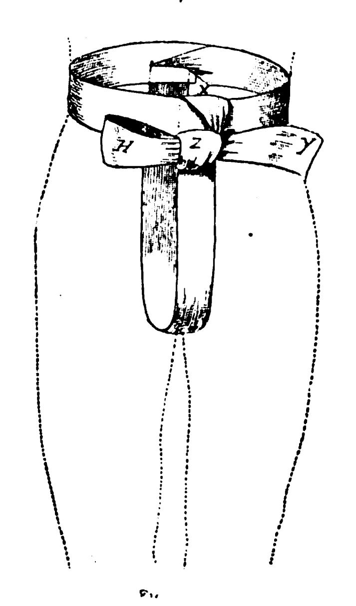
Loewenhardt (Breslau).

---

13) **W. O. Green.** A new T-Bandage.

(New York med. record 1900. Februar 10.)

G. braucht seit 3—4 Jahren eine verbesserte T-Bandage ohne Knöpfe oder Nähte, aus einem Stücke bestehend, welche sich in den Hospitälern eingebürgert haben soll. Die Illustration erklärt die Anwendung.



Loewenhardt (Breslau).

---

14) **J. Löwenstein.** Über örtliche und metastatische Eiterungen des Knochenmarkes.

Dissertation, Dorpat, 1899. 53 S.

Bis jetzt hielt man die metastatischen Eiterungen des Knochenmarkes für häufiger als die lokalen. Nach den Fällen von Prof. Koch in Dorpat kommt aber L. zur entgegengesetzten Meinung: die metastatischen Eiterungen bilden nur $^1/_3$ % der gesammten Fälle. Die lokalen Eiterungen sind also klinisch die wichtigsten. Sie verlaufen gewöhnlich unter dem Bilde der Parostitis (Schuchardt) und nehmen ihren Ausgang von irgend einem der den Knochen bedeckenden Weichtheile. Von einem Krätzgang, Ekzem oder Furunkel z. B. entwickelt sich eine tiefere Eiterung, die, selbst ausgeheilt, Spuren hinterlassen kann; nach einem Trauma entsteht aus letzteren ein neuer Abscess, der tiefer geht, und so erreichen die Eiterungen den Knochen und führen zur Ostitis und Fistelbildung. Die Fistel zeigt also den Weg an, den die Krankheitserreger genommen haben.

Die am häufigsten im Knochenabscess vorkommenden Mikroorganismen sind der Strepto- und Staphylococcus, dann der Tuberkulosebacillus, der oft auch mit ersteren zusammen gefunden wird; seltener sind der Rotzbacillus, der B. typhi abdominalis, der Pneumococcus, der Influenzabacillus und der Aktinomyces. Die letzten Arten sind von Bedeutung bei der selteneren Form der Knocheneiterungen — der metastatischen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

15) **P. Klemm.** Zur Frage der Osteomyelitis, speciell über die centrale gummöse (syphilitische) Osteomyelitis der langen Röhrenknochen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 273. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

Nach einer längeren Einleitung, in welcher K. erneut für die ätiologische Eintheilung der infektiösen Knochenerkrankungen eintritt und weiterhin zeigt, dass diese sich principiell nicht von denen gleichwerthiger Gewebsgruppen unterscheiden, geht er, sich auf 3 eigene Beobachtungen von centraler syphilitischer gummöser Osteomyelitis stützend, auf die luetischen Knochenaffektionen und im Besonderen auf die gummösen der Röhrenknochen näher ein. Er gelangt dabei zu folgenden Schlusssätzen: 1) Im Spätstadium der Syphilis sind gummöse Erkrankungen des Knochensystems nicht selten. 2) Die gummöse Neubildung geht vom Blutgefäßbindegewebsapparate aus. 3) Je nach dem Sitze der Neubildung unterscheidet man: a. Osteomyelitis gummosa epiphyseos und b. Osteomyelitis gummosa diaphyseos. 4) Die gummöse Diaphysenosteomyelitis theilt man am besten in a. Osteomyelitis gummosa superficialis, b. corticalis, c. centralis. 5) Die gummöse centrale Osteomyelitis tritt in 2 Formen auf: a. diffus, b. circumscript. 6) Meist ist die Erkrankung nicht allein auf eine der unter 4) genannten Regionen beschränkt, sondern sie

greift von der Corticalis auf das Mark über und vice versa. 7) Anatomisch lassen sich 2 Vorgänge aus einander halten, nämlich Einschmelzung des Knochengewebes und kondensirende Hyperplasie an der Peripherie der Einschmelzungszone. 8) Obgleich zwischen der gummösen Diaphysenosteomyelitis und manchen Formen eitriger Knochenmarksentzündungen so wie der Tuberkulose eine gewisse Ähnlichkeit besteht, so lassen sie sich doch differentialdiagnostisch aus einander halten. **Kramer** (Glogau).

---

16) **L. Thévenot.** Des endothélioms des os.

(Revue de chir. 1900. No. 6.)

In dieser aus Poncet's Klinik hervorgegangenen Arbeit schildert T. auf Grund eigner Untersuchungen eines daselbst beobachteten Falles und der von anderen Autoren gegebenen Darstellung die pathologisch-anatomischen und klinischen Besonderheiten der Knochenendotheliome, von denen nach seiner Durchmusterung des litterarischen Materials bisher nur 16 Fälle durch den histologischen Befund gesichert erscheinen. Mit besonderer Sorgfalt wird namentlich die mikroskopische Differentialdiagnose dieser häufiger alveoläre, als tubuläre Form zeigenden Geschwülste gegenüber anderen Knochenneubildungen (Osteosarkom, Angiosarkom, Carcinom) besprochen und in klinischer Hinsicht der — verschiedene pulsirende Knochengeschwülste (Riesenzellensarkome, Angiome, Endotheliome etc.) umfassende — Kollektivbegriff des Knochenaneurysmas genauer präcisirt.

Kramer (Glogau).

---

17) **R. Klapp.** Über die Behandlung von Gelenkergüssen mit heißer Luft. (Aus der kgl. chir. Universitätsklinik zu Greifswald.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 23.)

K. berichtet über die von Bier bei nicht tuberkulösen Gelenkergüssen mit heißer Luft erreichten günstigen Resultate. Die Gelenke wurden täglich 1—2 Stunden einer Hitze von 120—150° ausgesetzt — wodurch die sonst bei zu langer Dauer und zu hohen Hitzegraden leicht eintretenden Ödeme und Steigerung der Exsudate in den Gelenken vermieden werden konnten — und zeigten schon nach kurzer Zeit eine beträchtliche Verminderung ihres Umfanges, die später freilich wesentlich langsamer vor sich ging; eine Ruhigstellung der Gelenke wurde bei dieser Behandlung vermieden. — An Thieren angestellte Versuche bezüglich der Wirkung der Heißluftbehandlung auf Bauchhöhlentranssudate bestätigten die große Resorptionskraft der Hitze, die auf Hyperämiewirkung zurückgeführt werden muss, andererseits aber auch, dass durch sehr hohe Hitzegrade die Transsudation angeregt werde. **Kramer** (Glogau).

---

18) **A. Hoffa.** Technik der Massage. 3. Auflage.

Stuttgart, **F. Enke,** 1900. 88 S. Mit 43 Abbildungen.

In technischer Beziehung hat die Massagebehandlung innerhalb des kurzen Zeitraumes, der zwischen dem Erscheinen der 2. und 3. Auflage des vorliegenden Buches liegt, keine derartige Erweiterung erfahren, dass eine wesentliche Änderung des Textes erforderlich war. Doch hat Verf. der 3. Auflage wieder einige weitere Abbildungen beigegeben. Dieselben, nach Photogrammen angefertigt, zeigen die zweckmäßigste Art der Lagerung der zu massirenden Körpertheile.

J. Riedinger (Würzburg).

---

19) **F. Treves.** The wounded in the present war.

(Royal med. and chir. society 1900. Mai. — Brit. med. journ. 1900. Mai 12.)

T. giebt eine Beschreibung der im südafrikanischen Kriege zur Verwendung gelangten Geschosse und knüpft daran die Bemerkung, die heutigen Gewehre erfüllten den Zweck der Kriegswaffe, den Feind möglichst unschädlich zu machen, lange nicht in dem Maße, wie das bei den früheren Schusswaffen der Fall war. Das Lee-Metfordgeschoss wirkt immer noch zerstörender als das Mausergeschoss. Einerseits ist das erste etwas schwerer und weist auch einen etwas größeren Durchmesser auf, dann spielt auch die Beschaffenheit des Mantels eine Rolle. Beim Lee-Metfordgeschoss wiegt derselbe 2,129 g und ist überall gleich stark, beim Mauser wiegt er 1,419 g und ist an der Spitze verstärkt. Bezüglich der Geschosswirkung bemerkt T., dass er die für dieselbe aufgestellte Formel MV^2 (M = Masse, V = Geschwindigkeit), nach welcher die Schussweite die größte Rolle spielen müsste, für falsch hält. Indessen will er doch nicht so weit gehen wie Dent, welcher der Schussweite so gut wie gar keine Rolle zugesteht. Explosivwirkung hat T. doch vorzugsweise bei Nahschüssen gesehen, aber er ist überzeugt, dass da noch andere Faktoren eine Rolle spielen.

Von Expansivgeschossen ist ein Weichnasen-Lee-Metfordgeschoss abgebildet. Derartige Geschosse gelangten seitens der Buren in den letzten dem Entsatze von Ladysmith vorangegangenen Kämpfen zur Verwendung. Etwa 10% der Verwundungen waren durch sie verursacht. Der Überzug der in einem früheren Berichte erwähnten sog. vergifteten Geschosse bestand aus Paraffin, dem etwas Nickeloxyd, wahrscheinlich ein Oxydationsprodukt des im Mantel enthaltenen Nickels, beigemengt war.

Die durch die gewöhnlichen Geschosse verursachten Weichtheilwunden sind sehr klein. In 3 Punkten widersprechen die Erfahrungen des Feldzuges den bisherigen Anschauungen.

1) Die Ansicht, dass die Ausschussöffnung mit der Vergrößerung der Schussweite kleiner wird, entspricht nicht den Thatsachen.

2) Die Meinung, dass bei Knochenschüssen der Ausschuss selten klein ist, ist falsch.

3) Dass die größten Ausschussöffnungen bei kurzen Schussweiten vorkommen, entspricht eben so wenig den gemachten Erfahrungen. Äußere Blutung ist selten; sie ist weniger ausgesprochen, wie bei den früheren sphärischen Geschossen. Eine innere Hämorrhagie ist dagegen häufig namentlich bei Bauchschüssen. Extensive subkutane Blutergüsse kommen bei Verletzungen aus der Nähe vor.

Bezüglich der Knochenschüsse hebt T. folgende Punkte hervor.

1) Dass die Schwere der Knochenverletzungen mit Zunahme der Schussweite abnimmt, widerspricht der Erfahrung.

2) Die Annahme, dass Explosivwirkungen entstehen bei Schüssen unter 500 m Entfernungen, ist nicht haltbar.

3) Es entstehen meist Querbrüche. (Hier stehen sich die Ansichten von T. und Dent gegenüber. Letzterer hält die Entstehung einer Schrägfraktur für typisch. Ref.)

4) Die Ausschussöffnung bei Knochenschüssen ist nicht immer größer wie der Einschuss.

Schädelschüsse sind nach T.'s Meinung die Hauptursache des unmittelbaren Todes auf dem Schlachtfelde.

Bei Denjenigen, welche mit einer solchen Verletzung vom Schlachtfelde zurücktransportirt werden, ist allemal die Trepanation indicirt. Der Verlauf derartiger Operationen ist durchweg ein auffallend günstiger.

Betreffs der Bauchschüsse begründet T. noch einmal seinen die Laparotomie ablehnenden Standpunkt, wie er in seinen früheren Berichten und denen von Dent dargelegt ist. 60% aller Bauchschüsse kommen ohne Operation durch. Die Heilung wird dadurch begünstigt, dass sofort nach der Verletzung die Peristaltik aufhört.

Für die Operation sprechen folgende Punkte:

1) wenn der Verletzte vor Ablauf von 7 Stunden in Behandlung kommt,

2) wenn der Transport leicht und kurz war,

3) wenn der Magen leer ist. Das erste Erfordernis ist, dass das Geschoss nicht zurückgeblieben ist, namentlich wenn noch eine erhebliche Blutung besteht. Die Bedingung treffen aber nur selten zu.

Gegen die Operation spricht:

1) wenn der Verletzte nach Ablauf von 7 Stunden in Behandlung kommt,

2) wenn die Verletzung bald nach einer Mahlzeit statthatte,

3) ein langer, beschwerlicher Transport.

4) Alle Verletzungen mit schräg oder quer verlaufendem Schusskanale sind von der Operation auszuschließen.

5) Retention des Geschosses ist eine Kontraindikation gegen die Operation.

6) Alle Schüsse durch Leber, Niere, Milz sind in Ruhe zu lassen.

7) Bei den meisten Fällen von Schüssen unterhalb des Nabels ist eine Operation unnöthig. Sie heilen meist ohne Eingriff.

8) Bei alleiniger Betheiligung des Colon ist ebenfalls von der Operation Abstand zu nehmen. Auf Grund dieser Indikationsstellung ist die Zahl Derer, die zur Operation gelangen, auf ein Minimum beschränkt.

Weiss (Düsseldorf).

---

20) **I. H. Reay.** The seat of pain in biliary colic.

(Brit. med. journ. 1900. April 14.)

Der Schmerz bei der Gallensteinkolik beginnt nach des Verf. Erfahrung meist im Rücken in der Gegend des 10. oder 11. Dorsalwirbels, geht dann allmählich nach vorn und nimmt seinen Sitz im rechten, oft auch im linken Hypochondrium, im mittleren oder unteren Theile des Bauches, manchmal auch in der Gegend der rechten Brustwarze, jedoch fast nie in der rechten Schulter. Die Schmerzen im Rücken halten während des ganzen Anfalles bis zu einem gewissen Grade an. Beschwerden daselbst treten vielfach auf, lange bevor der erste Kolikanfall einsetzt. Dieselben werden dann häufig als rheumatische Schmerzen gedeutet. Bei den Kranken, bei welchen der Schmerz von vorn herein im rechten Hypochondrium sitzt, hat R. niemals den Abgang eines Gallensteines beobachtet, so dass er zur Ansicht gelangt ist, dass diese Schmerzen auf eine Dehnung der Gallenblase, sei es durch Steine oder zersetzte Galle oder Eiter, zu beziehen sind. Diese Ansicht glaubt er auch in den seiner Zeit von Kehr veröffentlichten Krankengeschichten bestätigt zu finden. Manchmal sind die Schmerzanfälle so lebhaft, dass der Kranke über den Sitz derselben keine genauen Angaben zu machen vermag. Auch in solchen Fällen ist es durch eine leichte Narkose noch möglich, Klarheit zu schaffen, indem bei fortschreitender Einwirkung des Narkoticums die Irradiation des Schmerzes allmählich aufgehoben wird.

Weiss (Düsseldorf).

---

21) **Kelsch et Nimier.** Quelques observations et quelques considérations sur les abscès dysentériques du foie.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. März 6.)

Die mitgetheilten Krankenberichte bieten manches Interessante; Einzelheiten mitzutheilen, würde zu weit führen. Verff. sind überzeugt von der Zusammengehörigkeit von tropischer Dysenterie und Leberabscess, indem beide nicht nur klinisch in engster Wechselbeziehung ständen, sondern auch die pathologisch-anatomischen Vorgänge — parenchymatöse Nekrose im Lebergewebe und nekrotisirende Processe der Darmschleimhaut — die gleichen seien. Wenn die bakteriologischen Befunde hiermit nicht völlig übereinstimmten, so könnte man darum das einheitliche Bild der Dysenterie mit Hepatitis nicht in eben so viel Varietäten gliedern, als gelegentlich Mikrobenarten gefunden würden, zumal die Frage nach dem specifischen Dysenterieerreger noch nicht beantwortet sei.

Christel (Metz).

---

22) **P. Fiske.** Notes on fractures of the long bones without deformity. The subperiostal type of fracture in the young.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1900. No. 13.)

Verf. betont die Wichtigkeit der Diagnose der subperiostalen Frakturen, da dieselben, weil sie keine Dislokation aufweisen, sehr gern übersehen werden und desshalb für den Arzt verhängnisvoll werden können. Wie wichtig die Unterscheidung sei, beweise der Umstand, dass viele subperiostale Brüche in der That erst in wirkliche einfache Brüche umgewandelt würden durch ungeeignete Manipulationen bei der Untersuchung und bei dem Versuche der Einrichtung, wenn scheinbar ein Bruch vorliegt. Er stellt zur Unterscheidung folgende lehrreiche Tabelle auf:

	Subperiostaler	Einfacher vollständiger Bruch
1) Trauma	gewöhnlich leicht, direkt	schwerer; direkt od. indirekt.
2) Schmerz	keiner oder leicht	ausgesprochen, oft heftig.
3) Funktion	kann wenig gestört sein	gewöhnlich ausgesprochene Störung, oft vollständig.
4) Deformität	gewöhnlich nicht	vorhanden od. leicht nachweisbar.
5) Ödem	gering oder fehlend	kann deutlich sein.
6) Bluterguss	gewöhnlich fehlend	oft vorhanden.
7) Krepitiren	fehlend	vorhanden.
8) Beweglichkeit	Hin- und Herbewegung	vollständig.

Heddaeus (Trier).

---

23) **Péré** (Toulouse). Note sur l'étiologie du frottement sous-scapulaire. Rôle de la pleurésie.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 4.)

Das subscapulare Reiben ist nach P. nicht als eine physiologische Erscheinung anzusehen. P. nimmt in jedem solchen Falle eine Exostose, eine Verdickung der Knochen jener Gegend (Fraktur, Syphilis) oder eine Atrophie der zwischen Rippen und Schulterblatt auftretenden Weichtheile an. Bei lange fortgesetzten, häufigen Bewegungen bilde sich unter den genannten Umständen ein Schleimbeutel. Als neues ätiologisches Moment sieht P. Skoliose und überstandene Pleuritis mit Thoraxdeformation an.

(Ref. hat das subscapulare Reiben und Krepitiren so oft bei unfallverletzten Arbeitern gefunden ohne Beschwerden, dass er ihm eine pathognomonische Bedeutung nicht beimessen möchte.)

P. Stolper (Breslau).

---

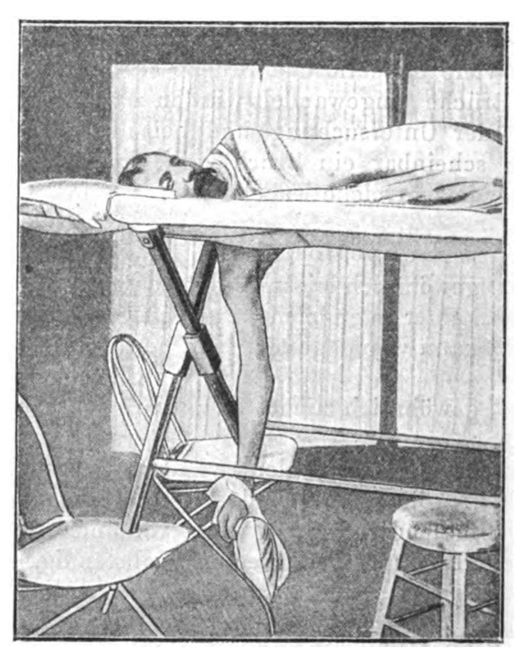
24) **L. A. Stimson.** An easy method of reducing dislocations of the shoulder and hip.

(New York med. record 1900. März 3.)

Während des letzten Vierteljahres wurde in dem Hudsonstraßenhospitale für Schulterverrenkungen ausschließlich die umstehend ge-

zeichnete Reduktionsmethode angewendet. In 10 frischen Fällen bewährte sich in stets weniger als 6 Minuten der dauernde Zug in Abduktionsstellung.

Wie man sieht, lagert der Pat. zwischen 2 Tischen. An den herabhängenden Arm wird ein Sandsack von 10 Pfund gebunden.



Narkose ist nicht nothwendig. Auch Ellbogenluxationen können unter Umständen eben so eingerenkt werden. Bei dorsalen Luxationen der Hüfte wurde eine ähnliche Methode zum Theil mit Erfolg versucht. Die Angaben lassen kein definitives Urtheil bilden.

Loewenhardt (Breslau).

---

25) **Duplay.** Luxation ancienne du coude.

(Presse méd. 1899. No. 16.)

Verf. theilt einen Fall von veralteter Ellenbogenverrenkung bei einem 14jährigen Knaben mit; dieselbe bestand schon 17 Monate. Ein Röntgenbild lässt die vollkommene Verrenkung nach hinten deutlich erkennen; die Beweglichkeit war bis auf die Beugung in beschränktem Grade erhalten. Verf. bespricht an der Hand dieses Falles Symptome und Behandlung frischer und veralteter Luxationen. Für letztere stellt er als die am meisten indicirte Operation die Resektion des Gelenkes auf. Jedenfalls sollte man sich die Erlaubnis dazu für alle Fälle geben lassen, wenn man auch eine Arthrotomie erst versuchen will. In den meisten Fällen genügt die Resektion des unteren Humerusendes und des Radiusköpfchens. Besonders großes Gewicht ist auf die Nachbehandlung zu legen, das heißt, auf

die rechtzeitig zu beginnenden Übungen. Verf. fängt damit am 15. Tage nach der Operation an; am 30. Tage wird jede Schiene fortgelassen und mit der Massage begonnen. Nur so wird ein gutes funktionelles Resultat gewonnen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

26) **A. Mouchet.** Les fractures du col du radius.

(Revue de chir. 1900. No. 5.)

Brüche des Radiushalses sind selten und wurden von M. nur bei Kindern im Alter von 9—12 Jahren beobachtet; nur eines derselben war weiblichen Geschlechts. Mit Frakturen anderer Ellbogengelenksknochen waren sie, wie Verf. durch Radioskopie feststellen konnte, unter seinen 11 Fällen nur 4mal komplicirt. Immer handelte es sich um subkutane Brüche, nur einmal um eine Fissur, stets um eine Fraktur unterhalb des Epiphysenknorpels, nie um Absprengung der Epiphyse; im Allgemeinen verlief die Bruchlinie quer, manchmal etwas schräg. Zerreißung der Ligamente (Lig. annulare, Lig. later. ext. etc.) war häufig, während die Muskeln nur mehr oder minder gequetscht waren. Dislokation des oberen Bruchstückes bestand zumeist, besonders nach außen oder vorn, doch so, dass die Fragmente nicht ganz außer Kontakt kamen. Obwohl Leichenexperimente resultatlos verliefen, nimmt M. auf Grund seiner klinischen Beobachtungen an, dass die Brüche des Radiushalses fast immer auf indirektem Wege (Fall auf den Daumenballen) zu Stande kommen. Unter den Symptomen ist besonders die mehr oder weniger starke Pronationsstellung des Vorderarmes und die hochgradige Schmerzhaftigkeit beim Versuche der Supination, die dadurch so gut wie unmöglich wird, charakteristisch; durch die Radiographie lässt sich leicht das Bestehen eines Bruches der Epitrochlea oder des Condylus des Humerus ausschließen, die diese Symptome auch zeigen können. Die Prognose ist günstig; selbst bei beträchtlicher Dislokation ist das funktionelle Resultat zumeist ein gutes, sofern von fixirenden Verbänden abgesehen und bald Massage und Bewegungen geübt wurden. Nur in 3 Fällen wurde nachträglich die Osteotomie, mit bestem Erfolge ausgeführt, nothwendig. Die Krankengeschichten und Röntgenbilder von Verf.'s 11 Fällen finden sich am Schlusse der Arbeit wiedergegeben. **Kramer** (Glogau).

---

27) **Potel.** Etude sur les luxations du scaphoïde et du sémilunaire.

(Presse méd. 1899. No. 5.)

Verf. hat zufällig in kurzer Zeit zwei dieser sehr seltenen Verletzung beobachten können, einmal eine isolirte Verrenkung des Os semilunare, im anderen Falle eine solche des Os scaphoideum und semilunare zusammen. An der Hand dieser beiden und anderer, in der Litteratur veröffentlichter Fälle hat er eine interessante und erschöpfende Studie über diese Verletzung ausgearbeitet. Im Allge-

meinen gehört eine recht beträchtliche Gewalteinwirkung dazu, um solche Verrenkungen zu Stande zu bringen; Fall auf die Handfläche oder den Handrücken bildet in den meisten Fällen die Veranlassung zur Verrenkung nach vorn oder nach hinten. Wenn auch feststeht, dass in der großen Mehrzahl der Fälle das starke Ligamentum carporadiale die Epiphyse des Radius abreißt, ehe es selbst zerreißt, so kommt dies doch zuweilen vor und ist die Vorbedingung einer Verrenkung des Os scaphoideum. Die Diagnose ist verhältnismäßig leicht zu stellen. Die Behandlung besteht bei frischen Fällen in einer Reposition; ist aber die Aponeurose und die Haut auch zerrissen, so thut man gut, den verrenkten Knochen zu reseciren. Auch bei alten Luxationen ist die Entfernung der verrenkten Knochen vorzunehmen. Mehrere schematische Bilder illustriren in vortrefflicher Weise den Mechanismus der Verrenkungen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

28) **E. N. Smith.** Paralytic deformities of the lower extremities, the principles of their surgical treatment.

London, **Smith, Edler & Co.**, 1900. 99 S. 51 Abbildgn.

Die Bedeutung des vorliegenden, von der Verlagshandlung elegant ausgestatteten Werkes beruht für uns hauptsächlich darin, dass einer der ersten Vertreter der orthopädischen Chirurgie in England uns zeigt, welches Verfahren bei der Behandlung paralytischer Deformitäten der unteren Extremitäten zur Zeit in England üblich ist.

Nach einer kurzen Einleitung über Häufigkeit und Art der Entstehung paralytischer Deformitäten folgt zunächst ein Kapitel, in welchem gründliche Ausbildung der Ärzte in der mechanischen Orthopädie verlangt wird. Alsdann bespricht Verf. ausführlicher die Tenotomie, und zwar deren Geschichte, Indikationen, Prognose und Nachbehandlung. Ein weiteres Kapitel handelt von der Übertragung von Muskelkraft oder von der Transplantation von Sehnen. S. kennt die Autoren Nicoladoni, Parrish, Drobnik und Goldthwaite. In dem nun folgenden Abschnitte über das gewaltsame Geraderichten der Deformitäten (forced wrenching) erwähnt Verf. den »wrench« von H. O. Thomas in Liverpool, den neueren »wrench« von William Thomas in Birmingham und »Baker's wrench«, Instrumente, welche zur Korrektion der Dorsalflexion und der Adduktion des Equinovarus bestimmt sind. Von dem letztgenannten Instrumente sind 2 Abbildgn. beigegeben. Dasselbe besteht aus 2 parallel laufenden, hinten und vorn verbundenen, fast rechtwinklig gebogenen Stäben, welche durch 2 querlaufende, einander entgegenwirkende Riemen in zweiarmige Hebel verwandelt werden können. Von den größeren blutigen Operationen nennt Verf. die offene Durchschneidung der Weichtheile am inneren Rande des Fußes nach Buchanan und Phelps. Auch Osteotomie wird kurz abgehandelt.

In den folgenden Kapiteln bespricht Verf. die Erkrankungen, welche zu paralytischen Deformitäten der unteren Extremitäten führen, nämlich: Paraplegie und Paraparese, Lähmung bei Caries der Wirbelsäule, cerebrale Kinderlähmung, akute Myelitis, spastische Spinallähmung, Ataxie, periphere Neuritis, Pseudohypertrophie der Muskeln, Spina bifida und spinale Kinderlähmung. 10 typische Beispiele und zahlreiche Abbildungen dienen zum Verständnisse der Behandlungsresultate (meist der Tenotomie) und der Konstruktion der Apparate. Beim paralytischen Klumpfuße zieht es Verf. nach Durchschneidung der Achillessehne vor, die Kontraktur nicht in einer Sitzung zu beseitigen, sondern geht langsam vor, weil dadurch bessere Resultate zu erzielen seien. Verf. berichtet außerdem über 2 Fälle von infantiler Lähmung, bei welchen er Wiederherstellung der Funktion der paretischen Muskeln nach Durchschneidung ihrer Sehnen beobachtet hat. Was speciell noch in einem eigenen Kapitel über mechanische Apparate gesagt wird, koncentrirt sich fast nur auf die Beschreibung eines Schuhes mit seitlicher Schiene. Im Allgemeinen ist die Konstruktion der Apparate eine primitive. In einem Schlusskapitel über das »kurze Bein« beschreibt Verf. den O'Connor-Stiefel und bringt über denselben mehrere Abbildungen. Derselbe gestattet die Fixation des Fußes in Equinusstellung auf einer schiefen Ebene mit einer Unterlage aus Kork, die, wie ein künstlicher Fuß gestaltet, von einem Stiefel umschlossen wird.

Verf. wollte somit nur die allgemeinen Grundsätze der chirurgischen einschließlich der orthopädischen Therapie erläutern. Die von Autoren deutscher Zunge ausgebildete Therapie des Klumpfußes, die modernen Schienenhülsenapparate und die verbesserten, sog. mechanischen Heilmethoden haben keine Beachtung gefunden.

In einem Anhange berichtet Verf. über 2 Fälle von Laminektomie. Der eine Fall betraf völlige Lähmung der unteren Extremitäten nach Fraktur der Wirbelsäule, welche ein 22 Jahre alter Kavallerist $4^1/_2$ Jahre vorher erlitten hatte. Verf. resecirte die Bögen des 11. und 12. Brustwirbels und entfernte den in den Wirbelkanal vorspringenden Callus. Die Lähmungserscheinungen besserten sich der Art, dass Pat. an einem Stocke gehen konnte. Im zweiten Falle entfernte Verf. nach Resektion der Bögen des 8., 9. und 10. Brustwirbels bei einer 31 Jahre alten Pat. eine Gefäßgeschwulst, welche durch Druck auf die Nerven Schmerzen verursacht hatte. Pat. wurde geheilt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

29) **Thomas** (Philadelphia). Rotation of the femur and their other functions.

(Philadelphia med. journ. 1899. Januar.)

T. hat ein Modell konstruirt, welches es gestattet, die Funktion aller vom Becken zum Femur ziehenden Rotatoren genau zu prüfen, und zwar sowohl bei Streckstellung des Oberschenkels, wie bei Beugung um 90°, wie bei vertikaler Erhebung. Die Resultate sind

durch zahlreiche Abbildungen illustrirt, ohne welche eine Wiedergabe unverständlich bleibt. Im Allgemeinen ergab sich, dass je nach der Stellung des Femur die Funktion der Rotatoren eine andere wird. So z. B. ist der Pectineus je nach der Femurstellung sowohl als Innen- wie als Auswärtsdreher zu bezeichnen. **Krecke** (München).

---

30) **A. Nota.** Un po' di storia nella questione della riduzione incruenta della »lussazione congenita dell' anca« secondo il metodi di Paci e di Lorenz.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1900. No. 4.)

Für die Fälle von angeborener Hüftverrenkung, bei welchen der Kopf nicht nach hinten oben, sondern direkt nach oben von der Pfanne steht, und der obere Pfannenrand kaum ausgebildet ist, Fälle, welche besonders in der Lombardei und Piemont häufig sein sollen, empfiehlt N. folgende Modifikation der Methode Paci. In einem ersten Tempo vollführt er Flexion, Außenrotation und Abduktion. Rückt der Kopf nicht ganz nach unten, werden die Adduktoren subkutan durchschnitten. Das Bein wird dann in dieser Stellung für 3 Wochen eingegipst und dann in einer späteren Sitzung in Extension und starke Abduktion gebracht. N. will so die Reluxation verhüten und die Fixation des Kopfes bewirken. Er findet in seiner Modifikation, welche er seit 1894 in 27 ein- und doppelseitigen Fällen angewendet hat, die sog. Lorenz'sche Methode wieder und beansprucht so gewissermaßen deren Priorität für sich.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

31) **J. H. Gibbon.** Rupture of the plantaris muscle (lawn tennis leg, or coup de fouet).

(Philadelphia med. journ. 1900. Mai 19.)

Im Anschlusse an eine Beobachtung bespricht Verf. eingehend die Symptomatologie und Pathologie dieser Verletzung, die auch bei anderen Gelegenheiten als gerade beim Tennisspielen beobachtet wird. Plötzlicher Schmerz in der Mitte der Wade, da wo der Muskel in die Sehne übergeht, wie nach einem Schlage, so dass sich der Betroffene nach dem Thäter umsieht; in Folge des Schmerzes Unmöglichkeit, anders zu gehen, als mit steifem Beine und nach außen gerichteten Zehen, Schwellung, später Zunahme der Beschwerden mit Ekchymose. Das linke Bein wird häufiger betroffen. Abgesehen von einer einfachen Abreißung der Sehne des M. plantaris und der Zerreißung des M. gastrocnemius, welch letztere aber der Tastung zugänglich ist, muss man in schwereren Fällen auch immer an eine Zerreißung der tieferen Wadenmuskulatur, vielleicht auch an Varikosität der tiefen Blutgefäße denken.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

32) **M. Péraire** und **F. Mailly.** De la métatarsalgie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. März.)

Verff. geben eine übersichtliche Schilderung des von Morton (1876) aufgestellten Krankheitsbildes, besprechen Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf, Differentialdiagnose. Das Wesen der Erkrankung sehen sie in einer Ostéïte condensante eines oder mehrerer Metatarsalköpfchen, in einer dadurch bedingten Deviation nach unten und innen und dem auf diese Weise ausgeübten abnormen Drucke auf die Gewebe der Planta. Die chirurgische Behandlung — Resektion des Metatarsusköpfchens — halten sie für die einzig rationelle Therapie. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

33) **G. B. Massey.** Summary of cases of carcinoma and sarcoma treated by the writer's method of cataphoric sterilization to January 15. 1900.

(New York med. record 1900. April 7.)

Die Behandlung der bösartigen Neubildungen nach M. besteht kurz in der Kataphorese nascirender Quecksilbersalze, hervorgebracht durch Elektrolyse metallischen Quecksilbers bei Applikation einer Goldanode in den Krebs. Gewöhnlich unter Allgemeinnarkose wird von 15 Minuten bis zu $2^1/_2$ Stunden ein direkter Strom von 200—1200 Milliampères gebraucht. Außer der selbstverständlichen Nekrose soll eine »Sterilisationszone« sich ausbilden, in welcher ohne Zerstörung der normalen Elemente die bösartigen Partien vernichtet werden. Die Zone strahlt nach allen Richtungen aus, aber besonders durch die Zellmassen der Krebswucherungen. Seit 1893 verfügt M. über 37 Fälle, 10 geheilte, 7 zweifelhafte, 22 vergeblich vorgenommene. 2 Todesfälle während der Behandlung, einer ein inoperables Epitheliom der Tonsillen, der andere ein inoperables Sarkom der Orbita bei einem Kinde von 5 Jahren. 7 operable und 30 inoperable Fälle wurden in Angriff genommen.

Die inoperablen geheilten Fälle betreffen: 1) bei einem 38jährigen Manne ein Sarkom des weichen und harten Gaumens von Gänseeigröße mit Suffokationserscheinungen, seit 6 Jahren geheilt, 2) ein Adenocarcinom des oberen Mastdarmes bei einer 50jährigen Dame, behandelt 1895, einige Jahre später noch wohlauf. 3) Sarkom des Oberkiefers bei einem 39jährigen Manne. 4) Recidivirendes Carcinom der Mamma und der Achsel 10 Monate nach der Operation. Sitz des Recidives aber in der Narbe. 1897, jetzt gesund. 5) Recidiv eines inoperablen Carcinoms der linken Sublingualis-Speicheldrüse, des Mundbodens und der Zunge. 6) Inoperables Ulcus rodens im Gesichte eines 66jährigen Arztes von 20jähriger Dauer, vor 2 Jahren blutig operirt.

Wenn die Diagnosen richtig waren, ist die Mittheilung beachtenswerth.

Loewenhardt (Breslau).

34) **A. Kocher** (Bern). Über Komplikationen der Cholelithiasis. Wann soll man bei Cholelithiasis operiren?

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1900. No. 7.)

K. jun. giebt 4 interessante Krankengeschichten, welche die Gefahren der Cholelithiasis und die Nothwendigkeit rechtzeitiger Operation illustriren.

1) Bei einer 63jährigen Frau hatte sich vor 5 Jahren eine Geschwulst in der Magengegend unter kolikartigen Schmerzen gezeigt. Man vermuthete ein Carcinom, doch verschwand die Geschwulst innerhalb weniger Wochen wieder. 3 Jahre

später Gallensteinkolik, neuerdings Ileus. Bei der Laparotomie stieß man auf einen im Jejunum eingeklemmten Gallenstein. Tod an Pneumonie.

2) Bei einer 72jährigen Pat., welche seit 40 Jahren Gallensteinkoliken hatte, musste wegen rasch eintretenden Collapses die Operation unterbleiben. Man fand im Jejunum einen taubeneigroßen Gallenstein, an der Stelle der Gallenblase ein markiges Carcinom und eine jauchige, unter dem Pylorus mit dem Duodenum kommunicirende Cyste.

3) Eine 71jährige Frau, die nie eigentliche Gallensteinkoliken gehabt hatte, bekam eine Geschwulst in der Gallenblase, welche sich bei der Operation als ein Colloidkrebs der Gallenblase erwies. Die diffus verdickte Wand umschloss eitrigen Inhalt und reichliche kleine Gallensteine. Die Frau wurde geheilt.

4) Der 4. Fall betrifft eine 59jährige Frau mit Alveolarkrebs der Gallenblase und Lebermetastasen. In der trüben Galle waren zahlreiche Gallensteine. Pat. erlag 3 Wochen nach der Operation der Pneumonie.

Bemerkenswerth ist die Methode der Leberresektion, die K. hier ausgeführt hat. Er exstirpirte nach Ligatur des Cysticus zunächst die Gallenblase und resecirte dann den carcinomatösen Theil der Leber, nachdem er mit einer großen K.'schen Magenzange die Blutstillung besorgt hatte. Die Zangen blieben bis zum 3. Tage liegen, die Wunde wurde offen gelassen.

Gegenüber diesen komplicirten, verspäteten Fällen empfiehlt K. aufs Wärmste die ideale Cholecystotomie: Freilegung der Gallenblase, Eröffnung derselben, gründliche Entfernung aller Steine, Naht der Gallenblase, die K. stets mit der allein Haltbarkeit gewährleistenden Seide ausführt. Kocher sen. hat diese Operation im verflossenen Wintersemester 6mal ausgeführt, dabei je 25—190 Gallensteine entfernt. Alle 6 Pat. hatten fieberlose Wundheilung innerhalb 8 Tagen, so dass die Pat. ohne Drainage in der 2. Woche das Bett verlassen konnten. Die ideale Operation ist natürlich nur möglich, wenn noch keine entzündlichen Veränderungen an der Gallenblase bestehen. Die Frage des Recidives lässt sich mangels genügend langer Beobachtung noch nicht entscheiden.

P. Stolper (Breslau).

35) **H. Scheuer.** Zur Therapie der Cholelithiasis. (Aus der chirurg. Abtheilung des St. Hedwig-Krankenhauses in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 24.)

Verf. gelangt durch Vergleichung der bei interner und bei chirurgischer Behandlung der Cholelithiasis im Hedwigs-Krankenhause erzielten Resultate zu dem Schlusse, dass die Gallensteinkrankheit zwar auch ohne chirurgischen Eingriff heilen kann, hierzu aber meist Jahre nothwendig sind, die Ergebnisse der chirurgischen Therapie wesentlich günstigere sind und letztere in allen Fällen dauernde Heilung herbeigeführt hat. Unter 48 Operationen war nur in einem einzigen Falle die Operation an dem tödlichen Ausgange Schuld, und sind Recidive nach der Operation nie beobachtet worden. Die Cholecystostomie kam 29mal einzeitig, 4mal zweizeitig, die Ectomia 5mal, die Choledochotomie 7mal, die Cysticotomie 1mal zur Anwendung; interne Mittel waren in all diesen Fällen ohne Erfolg versucht worden.

Kramer (Glogau).

36) **W. Scherwinski.** Über operative Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.

(Klinisches Journal 1900. No. 4. [Russisch.])

Bei einer 38jährigen Frau, die nicht trinkt und sich seit 9 Monaten krank fühlt (Vater Alkoholiker), wurde von Prof. Bobrow das Netz mit der vorderen Bauchwand vernäht. Vorläufiges Resultat gut: 4 Monate nach der Operation fühlt sich Pat. wohl, nur die Schwäche hält noch an.

Gückel (B. Karabulak; Saratow).

37) **Delagénière** (Le Mans). Des kystes glandulaires du pancréas. Une observation.

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 4.)

D., welcher mit Rücksicht auf die Operation streng die reinen Retentionscysten des Pankreas (Ranula) von den Neubildungen geschieden wissen will, weil nur die letzteren die eingreifende Exstirpation verlangen, berichtet über eine mit Punktion und Drainage erfolgreich behandelte Pankreascyste bei einem 35jährigen Manne. Es wurden 3,5 Liter Flüssigkeit aus derselben entleert.

P. Stolper (Breslau).

38) **W. W. Cheyne.** The wounded from the actions between Modder and Driefontein.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 12.)

Aus dem Berichte sind erwähnenswerth die Erfahrungen des Verf. betreffs der Schussverletzungen des Bauches. Die Mortalität derselben in den Kriegslazaretten in Capstadt betrug ca. 20%. Bei Karee Siding kamen 15 Bauchschüsse in Behandlung. Als C. nach etwa 24 Stunden anlangte, waren 5 der Verletzten bereits todt. Von den übrigen wurden 9 sich selbst überlassen; 4 davon starben innerhalb der nächsten 36 Stunden. 1 wurde operirt, ging aber zu Grunde. Bei Paardeberg und Driefontein sah C. 12 Fälle von Bauchverletzungen. 1 wurde ohne Erfolg operirt. Von den übrigen 11 gingen noch 7 zu Grunde.

Von 23 Fällen wird der Erfolg genauer mitgetheilt. **Weiss** (Düsseldorf).

39) **B. Kozlovsky.** Les ostéomyélites chroniques proliférantes des os.

(Revue de chir. 1900. No. 6.)

K. berichtet über 3 Fälle von chronischer proliferirender Osteomyelitis, die mit dem Knochensarkom große Ähnlichkeit hatten, und schließt sich in ihrer Deutung der von Kocher vertretenen Auffassung an. **Kramer** (Glogau).

40) **Wolff** (Lüdenscheid). Zwei Fälle von angeborenen Missbildungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 22.)

1) Fall von angeborenem Mangel beider Kniescheiben bei 2 Individuen, deren Mutter den gleichen Defekt darbot, während die Kinder des einen derselben ausgebildete Kniescheiben besitzen.

2) Angeborene Fingerdeformität, gleichfalls bei verschiedenen Familiengliedern, in Ankylose des in Beugestellung stehenden I. Interphalangealgelenkes der kleinen Finger bestehend. **Kramer** (Glogau).

41) **X. Delore.** Note sur un botryomycome occupant le bord cubital de la main droite.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. September.)

Der Fall entstammt, wie schon ähnliche früher berichtete (Poncet et Bérard, Traité clinique de l'actinomycose humaine 1898), der Beobachtung Poncet's und betrifft eine 54jährige Frau, welche an der Cubitalseite der rechten Hand eine kleine, warzenähnliche Geschwulst bemerkte. Mit dem Wachsthum derselben traten häufige Blutungen auf, welche die Kranke zwangen, ärztliche Hilfe zu suchen.

Die Neubildung war beim Eintritte ins Spital kirschgroß, mit Krusten bedeckt, hatte ein erdbeerähnliches Aussehen. Sie hängt mit dünnem Stiele pendelnd an der Haut.

Die Frau hat mit Eseln und Pferden, welche oft diese Bildungen aufweisen, nichts zu thun, dagegen mit Schafen und Ziegen, die aber nichts derartiges an sich hatten. (Sie ist geneigt, die Erkrankung auf Seidenwürmer zu beziehen, die sie kultivirte.)

Die Geschwulst wurde mit einem Scherenschlage entfernt.

Obgleich der bakteriologische Nachweis — es finden sich Mikroben, ähnlich den Staphylokokken, die in der Neubildung in Form von Körnern auftreten —

nicht erbracht wurde, zweifelt D. wegen des klaren klinischen Bildes nicht an der Richtigkeit der Diagnose im vorliegenden Falle.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

42) C. Lenormant. Sur un cas de botryomycose siégeant à la face dorsale de l'annulaire droit.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. Februar.)

L. fügt den aus der Lyoner Klinik stammenden Beobachtungen (Poncet, Delore) von Botryomykose beim Menschen einen neuen Fall hinzu. Der Sitz der himbeerähnlichen Geschwulst ist die Dorsalfläche des kleinen Fingers. Die Geschwulst ist nicht schmerzhaft, von rother, warziger Beschaffenheit, pilzartig gestielt.

Die histologische Untersuchung ergab eine adenofibröse Neubildung der Schweißdrüsen, in welcher zahlreiche Zellhaufen die mikrochemische Reaktion des Chromatins ergaben. Kultur- und Inokulationsversuche wurden leider nicht angestellt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

43) A. E. Barker. The after-history of 41 cases treated by operation for destructive hip-joint disease.

(Lancet 1900. Mai 26.)

Verf. hat von 41 von ihm wegen tuberkulöser Koxitis operirten Fällen die Nachgeschichten gesammelt. Seine Serie erstreckt sich auf 22 Jahre zurück; nur 3 Fälle hat er davon, so weit die sehr sorgfältigen Nachforschungen ergaben, verloren.

Er erwähnt, dass Croft (Lancet 1879) bei 45 derartigen operirten Fällen 6 in direkter oder indirekter Folge der Operation verlor und im Laufe der nächsten 5 Jahre noch 10 andere, so dass er, innerhalb 5 Jahren gerechnet, eine Gesammtsterblichkeit von 35,5% hatte; in einer späteren Veröffentlichung giebt Croft (Lancet 1890) für spätere Fälle nur Mortalität von 12,6% an.

B. hat also nur eine solche von 7,3%. Als Gründe für die kleinere Zahl nennt er größere Sorgfalt in der Auswahl der operirbaren Fälle, besseres anatomisch-pathologisches Verständnis der späteren Zeit, Vervollkommnung der Technik mit Durchführung der Antisepsis.

Nachbehandlung war: Fixation des Gliedes in einer doppelten Thomas-Schiene, Tonica, Leberthran, frische Luft und beste zu beschaffende Kost monate-, ja oft jahrelang.

Operirt wurde von B., wenn ein Eiterherd im Gelenke nachweisbar war.

Von den 3 Todesfällen trat 1 nach 18 Monaten als direkt mit der Operation im Zusammenhange stehend ein, 1 nach 1 Jahre an Pyämie, 1 nach 5 Jahren an Meningitis; die beiden letzteren waren Folgen von neu ausgebrochener Tuberkulose. Die beigegebenen, sehr genauen Tabellen sind nachlesenswerth.

F. Kraemer (Berlin).

44) Nota. Paralisi traumatica della gambe destra.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1900. No. 4.)

Lähmung des Unterschenkels nach Fraktur des Oberschenkels im unteren Drittel. 3jähriges Mädchen. Difformer Callus in der Kniekehle. Operation. Gefäße und Nerven sind in narbige Massen eingeschnürt und mit dem Callus verwachsen. Sie werden herauspräparirt, wobei der aufgefaserte N. peroneus durchschnitten und genäht werden musste. Am 3. Tage röthet sich das vorher kühle und blasse Glied. Vom 6. Tage an kehrt die Sensibilität zurück. Später noch Tenotomie der Achillessehne. Allmählich völlige Wiederkehr der Funktion.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 8. September.** **1900.**

Aseptik der Hände?
Operation ohne direkte Berührung der Wunde mit Finger und Hand.

Von
Prof. **König** in Berlin.

In den letzten Jahren hat die Litteratur, welche sich mit der Frage beschäftigt, wie der operirende Chirurg den Gebrauch der Hände in einer Wunde zu einer ungefährlichen Leistung machen kann, einen Umfang angenommen, dass man nur mit einem Gefühle des Unbehagens neuen Versuchen, dieses Problem zu lösen, folgt. Das Resultat darf man wohl bis jetzt dahin zusammenfassen, dass weder die Desinfektion der Hand im strengen Sinne, noch auch der Gebrauch des Handschuhs oder das »Lackiren« der Hand im Stande sind, allen Infektionsgefahren, welche von der Hand ausgehen, zu begegnen. Kein einziges dieser Verfahren ist absolut sicher.

Bei dem groben Handwerk, wie bei der Ausführung hochkünstlerischer Arbeiten ist die Hand als d i r e k t e s Arbeitswerkzeug nicht

anwendbar. Der Schmied verfertigt ein kunstvolles, entsprechend geformtes und genau passendes Eisen auf den Huf des Pferdes. Es würde ihm sehr schlecht bekommen, wenn er den Finger direkt dazu benutzen wollte. Der Gold- und Silberschmied ist nicht weniger gezwungen, eine große Anzahl seiner Kunstleistungen durch Instrumente zu vollführen. Die Gründe, welche den Arbeiter hier zwingen, die Finger aus der Arbeit zu lassen, sind andere als die, welche es wünschenswerth erscheinen lassen, die Finger des Chirurgen bei der Arbeit nicht direkt zu benutzen. Der Chirurg will die Wunde nicht verunreinigen, nicht inficiren.

Kann denn nun der arbeitende Chirurg bei seiner Arbeit die Finger, welche in die frische Wunde möglicherweise den Keim der Wunderkrankung tragen, entbehren?

Ich habe vor Kurzem, »gelegentlich eines Vortrages in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie«, über die Aseptik bei Gelenkoperationen ausgeführt, dass die Gefahr von Operationen an aseptischen Gelenken von jeher wächst mit der Zeit, innerhalb welcher man an und in dem Gelenke arbeitet, dass sie bedingt ist vor Allem durch den direkten Gebrauch und die längere Arbeit der nackten Hand und Finger in dem Gelenke. Belehrend in dieser Richtung sind vor Allem die Operationen, bei welchen es sich darum handelt, einen Fremdkörper aufzufinden und zu entfernen, aber noch manche andere dahin gehörige Operationen erliegen unter den gleichen Verhältnissen eben so dem Schicksale der Verunreinigung. Ich habe dort ausgeführt, dass in meiner Klinik sogar die meisten Gelenkresektionen ohne direkten Gebrauch der Finger ausgeführt werden.

Hier möchte ich aber weitergehend bemerken, dass mit den Gelenkoperationen nicht etwa das Bereich der chirurgischen Leistungen, welche ohne direktes Eingreifen der Finger in die Wunde gemacht werden können, sein Ende erreicht hat. Der größte Theil aller Operationen an den Extremitäten ist der Methode zugänglich. Die Eröffnung der Markhöhle eines Knochens, die Exstirpation einer Geschwulst, ja die Amputation und Exartikulation sind sämmtlich Operationen, welche der Operateur ohne direkte Berührung der Wunde in der Regel verrichten kann.

Man muss nur erst einmal das Bewusstsein in sich aufgenommen haben, dass das Operiren ohne Fingergebrauch zu der aseptischen Operationstechnik gehört, um alsbald automatisch die Hand nur indirekt arbeiten zu lassen. Wenn dies bei manchen Operationen, und zumal für den Anfang, eine gewisse Schwierigkeit hat, so erkennt man bald, dass bei Weitem die meisten Leistungen sehr wohl in der gedachten Weise ausführbar sind, indem man nur mit Instrumenten die Wunde berührt. Und so dehnt sich allmählich ungewollt das Bereich der nur instrumentellen Operationen aus von den Extremitäten zum Rumpfe, vom Rumpfe zum Halse und Schädel! Auch die Trepanation fällt ihm ohne Weiteres zu. Ein Terrain bleibt freilich übrig, in welchem wir in der Regel den Finger nicht entbehren

können, das ist die Bauchhöhle, wenn auch hier für eine Reihe kleinerer Operationen das direkte Eingreifen der Hand vermieden oder wenigstens sehr beschränkt werden kann.

Es ist schwer, im Einzelnen eine Beschreibung der Technik dieser Methode der Operation zu geben. Sie entwickelt sich von selbst und wird von Operation zu Operation geschickter und leistungsfähiger, wenn das Bewusstsein der Gefahren, welche die Hand bietet, dem Operateur gleichsam in Fleisch und Blut übergegangen ist, wenn er stets im Glauben an die »Gefahr« der direkten Wundberührung arbeitet. Immerhin unterstützen die Instrumente bis zu einem gewissen Grade die Bestrebungen des Operateurs. Von Bedeutung ist es, dass dieselben so lang sind, dass sie nicht zwingen, in nächster Nähe der Wunde zu arbeiten. Dies bezieht sich auf Messer, zumal aber auf Pincetten, welche zugleich durch mehrfache Haken an ihren Griffenden zum festen Fassen und Halten geeignet sind. Auch der Assistent wird mit solchen Instrumenten bewaffnet, um die Theile gut spannen zu können. Nicht minder aber verlangt die Methode eine Vermehrung der Haken, welche, theils stumpf, theils scharf, bald nur flach spannen, bald tiefgreifend die Gewebe aus einander halten. Auch die Unterbindungspincetten sollen lang gestielt sein, die Unterbindungsfaden kräftig, damit es nicht nothwendig ist, die Fäden allzu kurz in der Wunde zu fassen. Dehnt man Theile, so enträth man sich auch hier besser der Finger, man bedient sich zweier Pincetten, zweier Roser'scher Haken, um das lockere Bindegewebe zu zerreißen. Vermissen thut man am meisten die Finger als Instrument, wenn man Geschwülste rasch exkapsuliren will, wie beispielsweise ein Lipom, ein inkapsulirtes Adenoma mammae oder dergleichen mehr.

Wer eine Zeit lang in der gedachten Weise gearbeitet hat, der findet ohne Weiteres und gleichsam unbewusst die Methodik im Einzelnen. Er muss aber auch seine Methodik vollkommen beherrschen, denn er hat gleichzeitig die Aufgabe, in dieser Richtung die Arbeit ungeübter Assistenten zu überwachen. Der Assistent hat zu leicht das Bestreben, durch direktes Eingreifen in die Wunde dem Operateur das Terrain frei zu machen, die Blutung durch Aufdrücken des Fingers zu stillen, Haut- und Weichtheile mit dem hakenförmig gekrümmten Finger zur Seite zu halten. Er muss sich solche Sitten abgewöhnen wie der Operirende. Er hält den Wundrand gespannt durch Hakenpincetten, die Wunde macht er klaffend durch Haken in oben gedachter Mannigfaltigkeit, und ist er gezwungen, unter bestimmten Voraussetzungen in die Wunde zu greifen, wie beispielsweise um eine Blutung zu stillen, so schützt er dieselbe vor seiner direkten Berührung durch Verhüllung der Finger mit steriler Gaze.

Wir zweifeln nicht, dass die, welche sich die beschriebene Technik aneignen, mit mir bei aseptischer Arbeit aseptische Erfolge erzielen werden.

---

1) L. Bar. Abscès antérieurs de la mastoide et furonculose du conduit auditif externe.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXV. No. 11.)

B. bezeichnet mit dem oben angeführten Namen die Eiterungen in den vorderen oberflächlichen Zellen des Warzenfortsatzes, bei denen es oft schwer zu entscheiden ist, ob es sich um eine Entzündung im Knochen oder um eine Furunkulose des Gehörganges mit begleitender Schwellung der Nachbarweichtheile handelt. B. berichtet über 4 Fälle dieser Art, die aber nur wenig demonstrativ sind, besonders da in keinem ein operativer Eingriff stattfand, der die Diagnose bestätigte; auch in einem Falle, wo sich eine Fistel gebildet hatte, wurde nicht operirt. Für die Differentialdiagnose will B. einerseits die bakteriologische Untersuchung verwerthen; für die furunkulösen Abscesse soll der Staphylococcus pyogenes albus der hauptsächlichste ätiologische Faktor sein, während bei Mittelohrerkrankungen Streptokokken, Pneumokokken und andere Mikroorganismen die Erreger abgeben. Ferner schwillt bei der Furunkulose des Gehörganges die Präaurikulardrüse und die Gegend vor dem Tragus frühzeitig an, was bei den Mittelohrerkrankungen mit Vereiterung der erwähnten Zellen, wenn überhaupt, nur ganz spät eintritt. Weiterhin verstreicht bei der Furunkulose die Retroauricularfalte, bei der Warzenfortsatzerkrankung dagegen nicht. Bei der letzteren findet sich aber zuweilen eine schmerzhafte Blutstauung in den Venen des Plexus pharyngeus. Der spontane Schmerz bei der Furunkulose ist sehr heftig, bei der Warzenfortsatzerkrankung gering; Facialislähmung und Hyperästhesie der Geschmacksempfindung kommen aber nur letzterer Erkrankung zu. Wenn das Fieber fehlt, wird für Warzenfortsatzerkrankungen eine auffallende Steigerung der Pulsfrequenz im Gegensatze zu niedriger Körpertemperatur ein wichtiges Zeichen sein.

Kümmel (Breslau).

---

2) R. Forus. Casuistique clin. démonstr. l'indépendance des compartiments tubaire et attico-mast. de l'oreille moyenne.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXV. No. 12.)

F. weist darauf hin, dass die Paukenhöhle in einen einheitlichen vorderen unteren (»Compartiment tubaire«) und in einen von diesem abgegrenzten, durch zahlreiche Schleimhautfalten weiter septirten hinteren oberen Abschnitt (»Compart. attico-mastoidien«) sich gliedert. Bei Infektionen von der Tube aus erkrankt gewöhnlich nur der erstere Abschnitt, eine Infektion des anderen führt leicht zu Betheiligung des Warzenfortsatzes und anderen schweren Komplikationen. (Ref. pflegt auch seit Jahren in der Klinik die »mesotympanalen«, gutartigeren, von den »epitympanalen«, bösartigeren Mittelohrentzündungen zu sondern.) **Kümmel** (Breslau).

3) **E. Ménière.** Traitement des suppurations chroniques de l'attique.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXV. No. 12.)

M. hält die »Radikaloperation« für das einzige zuverlässige Mittel zur Beseitigung chronischer Mittelohreiterungen aus den oberen Paukenhöhlenbezirken. Nur wenn die Operation verweigert wird, scheint ihm die konservative Behandlung zweckmäßig. Dazu empfiehlt er nach 2 (! !) günstigen Erfahrungen die Verstäubung von »Ipsilen« (Chloräthyl, in dem Jodoform suspendirt ist) in die eiternden Räume hinein. Der mit Gewalt austretende Strahl des Mittels soll die Flüssigkeit in alle Buchten der Höhle bringen und die Jodoformpartikel in deren Wand hinein befördern. **Kümmel** (Breslau).

---

4) **S. de Mendoza.** Sur la cure radicale de l'obstruction nasale.

(Ann. de malad. de l'oreille T. XXV. No. 12.)

Verf. empfiehlt zur Abtragung von hypertrophischen Muscheln, wie zu der von Septumvorsprüngen lange Trepanröhren, die er durch eine White'sche Bohrmaschine oder besser einen Elektromotor in Gang setzt. Im Falle, dass der Bohrer abgleitet, stößt Verf. einen Nagel vom Durchmesser der Bohrerlichtung in den zu entfernenden Theil; der Bohrer wird dadurch auf dem richtigen Wege erhalten. Nach Cocainisirung lässt sich der Eingriff so schnell und schmerzlos ausführen. **Kümmel** (Breslau).

---

5) **E. Lombard.** Faits cliniques: 3 cas de polypes muqueux des choanes.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXVI. No. 5.)

L. empfiehlt, bei großen Choanenpolypen, die in den Rachen hinein hängen und schlecht mit der Schlinge zu fassen sind, einen 60 cm langen Stahldraht zur Schlinge zu biegen, diese Schlinge durch die Nase einzuführen, sie mit dem in den Nasopharynx eingeführten Zeigefinger hoch hinauf hinter die Geschwulst zu schieben. Dann wird der letztere Finger vor diese gebracht und fixirt dessen unteren Theil. Ein Zug an den Enden des Drahtes bewirkt dann die Durchtrennung des Stieles, ohne dass ein Ligaturröhrchen nöthig wäre.

Kümmel (Breslau).

---

6) **Lichtwitz.** Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXV. No. 11.)

L. erklärt die große Verschiedenheit in der Zahl der Beobachtungen von Nebenhöhlenempyemen bei Lebenden und bei Leichen

dadurch, dass die Entzündungen dieser Höhlen häufig unbemerkt verlaufen; von den akuten Entzündungen machen die leichten Formen geringe Erscheinungen, die Symptome der schweren gehen unter denen der dann auch meist schweren ursächlichen Allgemeinerkrankung unter; bei den chronischen Formen denken die meisten Pat. an einen Schnupfen und halten die Konsultation eines Arztes nicht für der Mühe werth. Viele Empyeme sind auch für den Erfahrenen schwer zu diagnosticiren. — Aus der Litteratur und den eigenen Erfahrungen berechnet L., dass am Kadaver etwa in 30% sämmtlicher Leichen, dagegen nur in etwa 2% der Nasenkranken beim Lebenden Sinusitiden gefunden werden. Durch Zusammenstellung der Resultate von Harke, E. Fraenkel und des Verf. Schüler Lapalle ergiebt sich, dass die Kieferhöhle weitaus am häufigsten, demnächst am öftesten die Keilbeinhöhle, dann die Stirnhöhle, schließlich die Siebbeinzellen entzündet sind. Beim Lebenden ergeben die eigenen Erfahrungen des Verf. das gleiche Verhältnis.

Kümmel (Breslau).

---

7) **F. Baup.** Contribution à l'étude de la tuberculose larvée des trois amygdales.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXVI. No. 5.)

Auszug aus: »Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose«, Thèse de Paris 1900. — Unter den Mandeln von 48 Kranken mit Mandelvergrößerung, die sonst nicht tuberkulös waren, fand B. eine Rachenmandel, die histologisch keine tuberkulösen Veränderungen, aber inmitten des mit Lymphkörperchen infiltrirten Bindegewebes mehrere Gruppen von Tuberkelbacillen aufwies. Die 14jährige Pat. litt an rechtsseitiger Ohreiterung, vergrößerten Gaumen- und Rachenmandeln; Großmutter, mit der Pat. dauernd zusammen war, an Phthise gestorben. — Der Infiltration des Bindegewebes schreibt B. es zu, dass die Bacillen keine tuberkulösen Veränderungen im Gewebe herbeiführen konnten. Verimpfung der Mandelsubstanz auf Meerschweinchen führte nur bei dem erwähnten Falle zu tuberkulösen Veränderungen. — Fütterung von Hunden und Kaninchen mit Reinkulturen von Tuberkelbacillen ergab bei ersteren kein Resultat, bei letzteren tuberkulöse Veränderungen an der ganzen Rachenschleimhaut. Die Mandeln, obwohl nicht tuberkulös, stark entzündet, die ihnen benachbarten Drüsen tuberkulös. — Klinisch ist die Tuberkulose der Mandeln ziemlich selten, findet sich nur bei Leuten, die durch Zusammenleben mit Tuberkulösen oder durch andere Berührung mit tuberkulösem Virus prädisponirt sind. Äußerlich findet sich an solchen tuberkulösen Mandeln nichts Charakteristisches; die Träger sind manchmal trotz Fehlens anderer nachweisbarer Veränderungen etwas kachektisch. Sehr oft besteht neben der Mandeltuberkulose Tuberkulose der Halsdrüsen; weniger klar ist der Zusammenhang mit Lungentuberkulose und tuberkulöser Meningitis; aber wiederholt trat nach der Beseitigung von Rachenmandeln tuberkulöse

Meningitis ein. B. hält die Mandeln für eine häufige Eintrittspforte der Tuberkulose. **Kümmel** (Breslau).

---

8) **M. Vallas.** De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde comme moyen d'aborder le pharynx inférieur et la base de la langue.
(Revue de chir. 1900. No. 5.)

Die in ihren Einzelheiten genau beschriebene Operation hält Verf. theils zur Entfernung von Fremdkörpern und Geschwülsten des Rachens, besonders der Epiglottis, und zur Beseitigung von Verengerungen desselben oberhalb des Kehlkopfes (Pharyngotomie transhyoïdienne), theils zur Exstirpation von Neubildungen der Zungenbasis und Totalamputation der Zunge für indicirt. Auf Grund einer nicht kleinen Zahl bei diesen Affektionen ausgeführter Operationen konnte sich V. von der Einfachheit ihrer Technik, von der guten Übersichtlichkeit des Operationsfeldes im Vergleiche zu der bei der Pharyngotomia subhyoidea und anderen Methoden überzeugen und ebenso das Ausbleiben von Difformitäten und funktionellen Störungen nach der Osteotomie des Zungenbeins feststellen, obwohl er auf die Knochennaht nach dieser stets verzichtet hat. In den mitgetheilten 10 Fällen V.'s wurde nur einmal — bei einem Epiglottiskrebs —, sonst nie die Tracheotomie vorausgeschickt; ein einziger — 61 Jahre alter — Pat. ging nach der »Amputation transhyoïdienne« der Zunge an Pneumonie zu Grunde, alle anderen, auch die übrigen 5 Fälle dieser letzteren Operation, wurden geheilt. **Kramer** (Glogau).

---

9) **T. E. Gordon.** The radical cure of femoral hernia.
(Brit med. journ. 1900. Juni 2.)

G. sieht die Ursache für die Entstehung des Schenkelbruches in der Schwäche des Lig. Gimbernati. Die Verstärkung dieses Gebildes versuchte er auf folgende Weise zu erreichen: Hautschnitt, 2 Zoll medianwärts von der Spina ant. sup. beginnend, verläuft $^{3}/_{4}$ Zoll oberhalb und parallel von dem Lig. Pouparti, dann senkrecht nach unten umbiegend über den Bruchsack. Der erste Theil des Schnittes legte die Aponeurose des M. obliquus externus frei, der zweite den Bruchsack, welcher völlig isolirt wurde. In die Aponeurose wurde oberhalb des Lig. Pouparti ein Schlitz gemacht. Der Bruchsack mitsammt dem angrenzenden Bauchfell wurde sodann vom oberen Ende des Schenkelkanals abgeschoben. Die Fasern des M. transversus und obliquus internus waren nunmehr mit Leichtigkeit zu erkennen. Eine möglichst dicke Schicht der betreffenden Muskeln wurde mit dem M. pectineus, von welchem die Fascie theilweise herunter präparirt war, vernäht. Behufs Entspannung dieser Nahtlinie wurde eine höher gelegene Muskelschicht gegen das Lig. Pouparti geheftet. Der Schlitz in der Aponeurose wurde geschlossen. Hautnaht.

Zwei Bedenken führt G. gegen die Operation an: die Verletzung der A. epigastrica. Die Blutung lässt sich jedoch leicht beherrschen.

Dann könnte eine Hernia inguinalis directa entstehen. Indessen hält G. die Verletzung der Gewebe für zu unbedeutend, als dass diese Sorge berechtigt wäre. **Weiss** (Düsseldorf).

10) **A. Lambotte.** Contribution à l'étude des grandes hémorrhagies stomacales dans la gastrite chronique.

(Annales de la soc. belge de chir. 1899. No. 7.)

L. berichtet in obiger Arbeit die Krankengeschichten von 5 von ihm operirten Kranken, welche sehr starke Magenblutungen hatten, und wo wider Erwarten bei der Öffnung des Magens weder Geschwüre, noch Neubildungen (Carcinom) gefunden wurden. Es zeigte sich vielmehr stets Magenerweiterung und ferner ein hypertrophischer Pylorus. Als Quelle der Blutungen könnten höchstens minimale Erosionen bezeichnet werden. L. ist der Ansicht, dass der sich krampfhaft schließende Pylorus eine hochgradige Blutstauung in den Venen und Kapillaren der Schleimhaut des Pylorus und seiner Umgebung bedingen kann. Die heftigen Kontraktionen des Magens selbst befördern alsdann das Bersten der prall gefüllten Venen, und der saure Magensaft lässt es zum Verschlusse der geplatzten Lichtungen durch Coagula nicht leicht kommen, so dass die Blutung nun sehr reichlich wird. Ausgehend von dieser Anschauung hält Verf., sobald der chirurgische Eingriff indicirt ist, die cirkuläre typische Resektion des hypertrophischen Pylorus für die beste Operation, falls man nach der Laparotomie, den Magen tastend, keine Induration und keine Geschwulst findet. Nur in einem der obigen Fälle machte er die Gastroenterostomie, weil der Pylorus wegen Verwachsungen nicht zu erreichen war.

Als Autoren, welche in Fällen abundanter Magenblutungen die Abwesenheit von Geschwüren und Geschwülsten feststellten, führt L. an Balzer 1878, E. Lambotte, Ferrant 1895, Lancaster 1897, Caussade 1897, Ardouin 1898, Lainé 1898 und Dieulafoi 1898.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) **V. Chlumský.** Weitere Erfahrungen über die Gastroenterostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 1 u. 2.)

Anschließend an seine frühere Arbeit über das gleiche Thema (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XX p. 231) berichtet C. zunächst über die in den letzten 2 Jahren in der v. Mikulicz'schen Klinik ausgeführten Gastroenterostomiefälle. Von 78 Pat. starben innerhalb des ersten Monates 21 = (26,92%). Etwa in der Hälfte der Fälle war der Tod der Operation selbst direkt oder indirekt zuzuschreiben. In 8 Fällen stellten sich todbringende Komplikationen ein (7mal Pneumonie, 1mal Blasendiphtherie). 2 Operirte gingen an allgemeiner Entkräftung und Carcinomatose zu Grunde. Geheilt wurden 57, und zwar 35 mit bösartigen Geschwülsten, 22 mit gutartigen Erkrankungen. Was die Methode der Gastroenterostomie anlangt,

so wurde am häufigsten das alte Wölfler'sche Verfahren benutzt, wobei die zuführende Schlinge stets 50—70 cm lang gelassen wurde; 23mal, und zwar speciell bei gutartigen Stenosen, kam die Kombination des Wölfler'schen Verfahrens mit der Enteroanastomose zwischen zu- und abführender Schlinge nach Braun und Jaboulay in Verwendung. Die v. Hacker'sche Methode wurde nur 1mal ausgeführt. Nicht sehr günstig waren die Erfahrungen mit dem Murphyknopfe; die Knopfmethode erwies sich zwar als ein schnelles, aber auch unsicheres Verfahren und wurde daher bei gutartigen und vielfach auch bei bösartigen Stenosen in letzter Zeit wieder durch die Nahtvereinigung ersetzt. Sehr eingehend werden im Weiteren die neueren Modifikationen der Gastroenterostomie, so wie das Indikationsgebiet derselben in kritischer Weise besprochen; endlich führt Verf. Thierversuche über die Wirkung des Einfließens von Galle und Pankreassaft in den Magen an, welche das Ergebnis seiner früheren Experimente bestätigen und zugleich eine Erklärung für die abweichenden Resultate Steudel's bieten.

Honsell (Tübingen).

---

12) **Quénu.** Plaies du rectum.

(Revue de chir. 1900. No. 5.)

In Fortsetzung seiner früheren Abhandlung über die Verletzungen des peritonealen Abschnittes des Mastdarmes bespricht Q. eingehend in vorliegender Arbeit die Verwundungen des Endtheiles des Mastdarmes durch schneidende, stechende und quetschende Werkzeuge oder durch Geschosse. Auch diese alles Wissenswerthe zusammenfassende Studie ist reich an belehrendem Inhalte und durch Verf.'s Untersuchungen über das Zustandekommen der Vernarbung der Mastdarmwunden bei Thieren besonders werthvoll.

Kramer (Glogau).

---

13) **W. Christen.** Beiträge zur Statistik und operativen Behandlung des Mastdarmkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 2. p. 411.)

Nach einem Überblicke über anatomisches und klinisches Bild der Mastdarmcarcinome geht Verf., gestützt auf das Material der Krönlein'schen Klinik (1889—1897), ausführlich auf die operative Behandlung derselben ein. Kontraindicirt wird die radikale Operation nach Verf. nur durch unlösbare Verbindung der Neubildung mit der Blase, dann durch sehr ausgedehnte hintere Verwachsungen und erhebliche Betheiligung des Knochens, ferner durch Metastasen in entfernten Organen und hochgradige Kachexie. Für die Wahl der Operationsmethode gilt an der Züricher Klinik als Regel, Carcinome des unteren Mastdarmtheiles durch circuläre Umschneidung des Afters resp. durch halbkreisförmige Circumcision mit hinterem Längsschnitte zugänglich zu machen; Carcinome des mittleren Darmtheiles werden von einem hinteren Längsschnitte mit Resektion des Steiß-

beines exstirpirt; bei solchen im oberen Drittel des Mastdarmes kommt die Kraske'sche Methode in Anwendung. Die präliminäre temporäre Kolotomie ist nur da auszuführen, wo eine genügende Darmentleerung nicht möglich ist, oder wo sie — bei Geschwülsten mit sehr hohem Sitze — zugleich diagnostischen Zwecken dient. Eine präliminäre definitive Kolotomie ist angezeigt, wo die Geschwulst so weit hinaufreicht, dass nach ihrer Exstirpation das obere Darmende nicht mehr herabgezogen werden kann. Bei Resektionen wird die Versorgung der Darmenden womöglich nach der Invaginationsmethode vorgenommen; wo nur eine gegenseitige Vereinigung der Darmenden ausführbar ist, wird die cirkuläre Naht empfohlen. Das Bauchfell wurde in 30 % der Fälle eröffnet und fast stets durch Naht verschlossen. Die Sterblichkeit der 24 von 1889—1897 operirten Fälle betrug nur 8,3 %, volle Kontinenz trat 10mal, relative Kontinenz 5mal, volle Inkontinenz 3mal auf. Recidive resp. Metastasen stellten sich 15mal ein. Dauernde Heilungen sind, unter Miteinbeziehung der früheren Fälle der Krönlein'schen Klinik (von 1881—1889) im Ganzen 8mal unter 40 Operationen, d. h. also in 20 % sämmtlicher Fälle, erzielt worden.

Honsell (Tübingen).

---

14) **W. Meyer.** Bottini's operation for the cure of prostatic hypertrophy.

(New York med. record 1900. April 28.)

Für jeden Operateur, welcher die Bottini'sche Operation anerkennt, ist der ausführliche und auf die kleinsten Details eingehende Vortrag von M. sehr lesenswerth. Gerade die Menge kasuistischer Beobachtungen und die Resultate einer reichen eigenen Erfahrung, welche uns hier vorliegen, sind sehr werthvoll. Kommt es doch bei einem Eingriffe, bei welchem fast jeder Fall seine Besonderheiten hat, nicht nur auf die sorgfältigste Indikationsstellung, sondern auch auf möglichst exakte, den vorliegenden Verhältnissen der Prostata angepasste technische Ausführung an.

Bei Besprechung der Vorbereitungen ist zu erwähnen, dass als Prophylacticum gegen das Urethralfieber einige Tage vorher Chinin nach dem Vorschlage von Nitze (event. mit etwas Methylenblau [Freudenberg]) ordinirt wird.

Es folgt die Beschreibung der Instrumente und der Elektricitätsquellen, für welche, falls die Centralleitung nicht verwendet werden kann, eine Batterie mit Ampèremeter erst die Sicherheit exakter Leistung giebt.

Bei Beschreibung der Operation ist zu erwähnen, dass nach sorgfältiger Irrigation der Urethra anterior die Anästhesie durch 5 Minuten lange Einwirkung von 50 ccm einer 3 %igen sterilisirten Eukain B-Lösung vorzunehmen ist, welche dann herausgelassen wird. Bei der Probe soll das Messer weißglühend werden (45—48 Ampère). Die Blase wird mit 150 g sterilisirter Borsäurelösung gefüllt, die

vordere Harnröhre nochmals eukainisirt, eine Spritze voll Paraffin injicirt.

Nach Anhaken der Prostata mit dem Instrumente erfolgt die Kontrolle vom Mastdarme her (event. durch den Finger eines Assistenten, falls der Operateur zu kurze Phalangen hat), um die Länge des Schnittes zu bestimmen.

Erst 15 Sekunden nach Schluss des Stromes ist das Instrument so heiß, dass die Operation begonnen werden kann. Gewöhnlich 3 Schnitte, Dauer im Ganzen 10 Minuten. Bei der Rückkehr des Messers aus dem Gewebe, welche ebenso langsam wie das Hineingehen erfolgt, wird der Strom um ca. 5 Ampère erhöht. Den vorderen Schnitt hat M. verlassen (wegen Gefahr von Seiten des Cavum Retzii).

Die Nachbehandlung besteht im Allgemeinen nur in Ruhe. Bei Retention wird mehrmals katheterisirt, aber kein Dauerkatheter eingelegt, um Funiculitis und Epididymitis zu vermeiden. Dysurie weicht nicht immer inneren Medikationen, hin und wieder ist eine Wiederholung der Operation das einzige Mittel. Urethralfieber, Sepsis und Pyämie wird nach den allgemeinen Principien behandelt. Bei Perforation der Harnröhre durch das Instrument ist der Perinealschnitt unter Cocain und folgende Drainage nöthig. Man kann dann aber sicher sein, dass der hintere Schnitt genügte. Die Nachbehandlung soll 3 Wochen dauern, weil vom 12.—20. Tage noch Blutungen entstehen können.

Ist die Diagnose nicht klar, bleibt die Cystoskopie unter allen Umständen indicirt, obgleich namentlich bei inficirten Patienten diese Maßnahme durchaus kein harmloser Eingriff ist. Auch M. hat dadurch einen Patienten mit chronischer Cystitis und Pyelonephritis verloren. Aber die Anwesenheit eines sonst nicht bemerkten Steines, die Gestalt des mittleren Lappens, in Fällen, in denen die Tastung vom Mastdarme her keinen Aufschluss giebt, wie Albarran und Motz in 28% feststellten, werden erst durch die Blasenbeleuchtung klargelegt.

Operation bei leerer Blase ist gefahrvoll wegen Durchschneidung von Querfalten. Die Operation mit luftgefüllter Blase hält M. wegen Regurgitirens in das Nierenbecken und Übergang in das Venensystem nach den bekannten Untersuchungen von Lewin und Goldschmidt (Virchow's Archiv 1893 Bd. CXXXIV) für zu gefährlich. Dieses Phänomen soll nicht bei vollständig gefüllter Blase, sondern entweder in der ersten Zeit des Eintrittes von Luft oder bei deren Austritte durch den Katheter erfolgen. Wenn auch beim Menschen dies bisher nicht beobachtet wurde, sei die Möglichkeit schon genügend, um darauf zu verzichten. A. Rose will die Blase mit Kohlensäure füllen, auch Sauerstoff ist in Betracht zu ziehen, weil beide Gase vom Blute event. in reichlicher Menge absorbirt werden. Die Füllung mit sterilisirter Borsäure hält M. für das Beste und kann die Vorwürfe größerer Schmerzhaftigkeit etc. nicht anerkennen. Die Länge der Incision ist die wichtigste Frage,

deren exakte Feststellung schwierig ist und bei weicher Prostata noch mit der Kompression des Organes durch den Schnabel des Instrumentes konkurrirt. In letzterem Falle bleibt nichts übrig, als auf die Gefahr hin, nochmals zu operiren, den Schnitt nur 1—2 cm lang zu machen, da die vorherige Feststellung der Kompressibilität schon die Operation selbst unmöglich machen kann. Umgekehrt ist es bei der fibrösen Form richtig, die Incision 1 cm länger zu machen, als der Längsdurchmesser der Prostata per rectum festgestellt wurde. »Die Incisionslänge entspricht der Differenz zwischen einer normalen und der vorliegenden Harnröhre.« Die Maße werden am besten so gewonnen, dass mit dem Finger 1) die Länge der Entfernung der Spitze des Instrumentenschnabels bis zum After genommen, 2) die Distanz vom unteren Ende der Prostata bis zum Sphinkter hiervon abgezogen wird.

Bei sehr großer Prostata, bei erheblichem Mittellappen, bei sehr langer Harnröhre und bei der fibrösen Form, deren oberer Rand nicht palpirt werden kann, empfiehlt es sich durchaus, ein Instrument zu gebrauchen, das einen langen Schnitt erlaubt.

Die Zahl und Richtung der Schnitte, die Tiefe der Incisionen, Lagerung des Instrumentes, die Höhe des Messers (im Mittel 1,2 cm) werden des weiteren besprochen. Bei sehr großen Drüsen macht M. eventl. 2mal denselben Einschnitt. Die Seitenschnitte werden bei verschiedener Größe der Lappen durch den breiteren Lappen in kleinerem Winkel gemacht als durch den schmäleren, um eine bessere Obliteration der Blutgefäße mit nachfolgender Atrophie zu erzielen.

Komplikationen während der Operation: 1) Perforation der Blase, bei richtiger Füllung zu vermeiden; 2) Perforation der Harnröhre; 3) Zufälle im Instrumentarium, z. B. Verbiegen eines überhitzten Instrumentes, welches entweder nicht ruhig gehalten oder durch den Assistenten gegen die Prostata gepresst wurde (ungehörig). Folgeerscheinungen: Urethralfieber, für dessen Erscheinen nach M.'s Ansicht bestimmte Mikroorganismen verantwortlich sind; Sepsis, Pyämie, Embolie, Retention, Blutung; bei letzterer event. permanenter Katheter und zur Vermeidung keine Waschung während der ersten 3 Wochen nach der Operation. Bei Retention war einmal Aspiration nothwendig, welche M. erst nach kleinem Einschnitte durch das Fett unter Cocain mit dem Troikar ausführt, um nicht jedesmal durch dieselbe Stichöffnung zu kommen. Besonders bei zu kurzen Schnitten tritt Dysurie auf. Sie bildet die hauptsächlichste Indikation für Wiederholung der Operation.

Die Vortheile der Bottini'schen Operation bestehen in dem Aufhören der Dysurie und der chronischen Verdauungsstörungen und der Besserung des Allgemeinbefindens und Zunahme des Körpergewichtes in Folge der Wiederherstellung der Drainage. Die drei Faktoren der idealen Kur einer Prostatahypertrophie, wie sie in der Elimination des Residualurins, der Wiederherstellung der normalen Frequenz des Harnlassens und dem Verschwinden des Blasenkatarrhes

bestehen, sind namentlich in Bezug auf letzteren Punkt wegen der Balkenblase nicht immer völlig zu erreichen.

Loewenhardt (Breslau).

---

15) **S. C. Graves.** The relative merits of operations for the extraction of vesical stone in the male with observation on the suprapubic and left lateral perineal methods.

(New York med. record 1900. März 3.)

Mit einer kurzen schematischen Abwägung des Werthes der Litholapaxie, der suprapubischen und der perinealen Steinschnittmethoden bringt Verf. zuerst eine Mortalitätsstatistik von William White aus Dennis' System of surgery.

Nach 3 Lebensepochen eingetheilt, liefert die Zertrümmerung in jedem Alter die geringste Gefahr. Kann dieselbe nicht ausgeführt werden, empfiehlt Verf. für das hohe Alter die modificirte Sectio alta und für mittlere und junge Jahre seine modificirte Sectio perinealis lateralis. Nur die Pars membranacea wird eingeschnitten, dann mechanisch dilatirt, aber nicht mit dem Finger (»wobei selbst einem Operateur wie William Fergusson es passirte, dass er die Blase von der Harnröhre abriss«), sondern mit Instrumenten. Unter den Verbesserungen der suprapubischen Methode wird der Querschnitt längs des oberen Randes des Os pubis, die Füllung der Blase mit Luft durch eine Bicyclepumpe bei guter Beschaffenheit der Wand, die intraperitoneale Cystotomie, ev. die Anheftung der Blase an die Bauchwand bei kleiner Blase und fehlendem Cavum Retzii, ferner die zweizeitige Operation nach einem Intervalle von 5 Tagen oder die sofortige Eröffnung nach Kauterisation, welche Verf. vorschlägt, erwähnt.

Die Vortheile der »verbesserten« seitlichen perinealen Schnittmethode mit Dilatation der Pars prostatica und des Blasenhalses bestehen in geringer Verletzung, Vermeidung der Blutung vom Plexus prostaticus, leichter Drainage, schneller Wiederherstellung und Schonung der betreffenden Regionen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

16) **C. Menge** (Leipzig). Über Urinbefunde nach Nierenpalpation.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 23.)

M. fand unter 21 Fällen von Tiefstand der Nieren in 14 kurze Zeit nach der Nierentastung Eiweiß in dem vorher eiweißfrei gewesenen Urin; die Eiweißausscheidung verschwand indess wieder schon wenige, bis höchstens 24 Stunden nach der Palpation. Verf. nimmt auf Grund mikroskopischer Untersuchungen des Urinsediments an, dass es sich bei dem Phänomen im Wesentlichen um das Austreten geringer Blutungen aus Kapillarknäueln der Nieren gehandelt habe, und glaubt, dass das Auftreten der Eiweiß- und Blutausscheidung

im Urin nach Nierentastung überhaupt und die Stärke derselben bis zu einem gewissen Grade abhängig sei: 1) von der Stärke und Dauer des Tastungsdruckes; 2) von dem Ernährungszustande der Patienten; 3) von der Spannung der Bauchdecken; 4) von dem Grade der Nephroptose und 5) von der Empfindlichkeit des getasteten Organes. Zum Schlusse warnt M. vor der Massage der Nierengegend und vor der Verwendung von Bandagen mit besonderen Nierenpelotten bei Nephroptose. **Kramer** (Glogau).

17) **F. V. Cantwell.** Six nephrectomies.

(New York med. record 1900. März 17.)

In den meisten Fällen von Nierenerkrankungen hält C. sorgfältiges klinisches Studium für genügend zur Diagnose der chirurgischen Nierenleiden, ohne Gebrauch des Cystoskops oder des Harnleiterkatheters. Er glaubt, dass in ungeübten Händen der letztere mehr Schaden macht, als eine probatorische Incision. Die Feststellung der zweiten Niere kann in der weiblichen Harnblase durch das Gefühl der Empfindung des vom Harnleiter kommenden Urinstrahles gesichert werden.

Nur einmal sah C. bei der Sektion nur eine Niere. Er hält es für möglich, auf Grund von Sektionsbefunden bei Neugeborenen, welche hin und wieder völlig cystische Entartung durch irgend eine Entwicklungsstörung des Harnleiters ergaben, dass solche Nieren vollständig absorbirt werden, und dann später nur eine Niere vorliegt. Bei langsamer Abnahme der Funktion einer Niere hat die andere Zeit, zu hypertrophiren; dann ist die Nephrektomiesituation günstig.

Als Schnitt zieht C. die Richtung längs der letzten Rippe vor.

Die 6 Fälle bieten nichts Besonderes; aus einer traumatisch unglücklich endigenden Hämaturie zieht Verf. die Lehre, bald zu operiren, wenn nach einem Unfalle 4—5 Tage lang heftige Blutung auftritt. **Loewenhardt** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

18) **A. Lucae.** Etude statistique sur l'opération mastoidienne, dite radicale, dans l'otite moyenne suppurante chronique.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXV. No. 12.)

In der Berliner Ohrenklinik wurden von 1881—1899 von zusammen 1935 Eröffnungen des Warzenfortsatzes 852 wegen akuter, 1083 wegen chronischer Mittelohrerkrankung vorgenommen. Während der letzten 4 Jahre wurde bei akuten Erkrankungen in 11,5—12,5%, bei chronischen in 6,2—8,3% der Fälle operirt. Die konservative Behandlung bei dem Reste der chronischen Erkrankungen bestand in Ausspülungen mit Formalin (15—20 Tropfen : 1000 Wasser); die Fälle, die dadurch nicht heilten, erwiesen sich bei der Operation fast alle mit schweren Knochenerkrankungen behaftet, so dass die Unheilbarkeit einer Eiterung durch Formalin eine direkte Indikation für die Operation abgäbe. — Nach des

Ref. Meinung kommt es für die Heilung einer Ohreiterung viel weniger darauf an, womit, als vielmehr darauf, wie die Ausspülungen gemacht werden.

Kümmel (Breslau).

19) J. P. Maxwell. A case of suppuration in the mastoid with optic neuritis on the same side; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 19.)

Das Wesentlichste ist in der Überschrift gesagt. 2 Tage nach dem Auftreten der Symptome einer Eiterung im linken Proc. mastoideus wurde eine linksseitige Neuritis optica konstatirt. Nach Ausräumung des Processus und des Mittelohres schwand dieselbe innerhalb 8 Tage vollständig. **Weiss** (Düsseldorf).

20) Bezold (München). Drei Fälle von intrakranieller Komplikation bei akuter Mittelohreiterung.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 22.)

Im 1. Falle traten bereits in der 4. Woche nach Beginn einer akuten Mittelohreiterung eines bisher gesunden Ohres Symptome von Sinusphlebitis, Pyämie und metastatischen Herden in den Lungen auf. Heilung nach Eröffnung des eiter- und thrombenhaltigen Sinus sigm. bis in den Bulbus venae jugul. nach doppelter Unterbindung der Jugul. int.

Beim 3. Falle kam es 8 Wochen nach Beginn der Otitis acuta media zu einem Abscesse im hinteren Ende des Schläfenlappens, der sich durch eine Öffnung in der Dura bei der Sondirung von der Operationswunde aus von selbst entleerte und danach zur Heilung gelangte.

Der 2. Fall bietet nichts Besonderes. **Kramer** (Glogau).

21) P. Wulff. Ein Fall von einem Aneurysma der Carotis interna nach Tonsillarabscess, Heilung durch Unterbindung der Carotis communis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 20.)

Bei dem betr. 8jährigen Kinde hatte es sich Anfangs um einen gutartigen Mandelabscess gehandelt, der zur Arrosion der Carotis und, spontan aufbrechend, zu einer kolossalen Blutung geführt hatte, nach welcher es allmählich zur Entwicklung eines Aneurysmas kam. Durch die Unterbindung der Carotis communis (Alsberg) wurde letzteres mit der Zeit kleiner; indess machte sich ca. 10 Tage später eine unangenehme Komplikation durch Vereiterung des aneurysmatischen Sackes und schließliche Entleerung des Eiters durch den Gehörgang geltend. Heilung. **Kramer** (Glogau).

22) Gulikers. Corps étranger du sinus maxillaire.

(Soc. méd.-chir. de Liége 1900. April 5.)

Ein Radler fiel, die Pfeife im Munde, zu Boden, war bewusstlos. Wieder zu sich gekommen, fühlte er leichte Schmerzen 2 Tage lang im Oberkiefer. 2 Jahre später trat Schwellung ein. Ein Mahlzahn fehlte schon seit 6 Jahren. Aus seinem Alveolus führte eine Fistel in den Sinus, und die Sonde stieß auf einen harten Gegenstand. G. öffnete und extrahirte ein 5 cm langes Stück Pfeifenrohr. Heilung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

23) E. Lombard et H. Caboche. Deux cas de phlegmons péri-pharyngiens.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXVI. No. 5.)

I. 35jähriger Mann, vollkommene Dysphagie, höchste Dyspnoe, seit 4 Tagen entwickelt; Kopf in vorgebeugter Haltung fixirt, Halshaut vorn stark entzündlich geschwollen. Kehlkopfeingang kolossal angeschwollen. Temperatur 40,2°. Tod

ganz plötzlich, kurz nach der Aufnahme: riesiger Retropharyngealabscess, gangränöse Mediastinitis, Pleuritis, Perikarditis.

II. 65jähriger Mann; seit 18 Stunden rasch zunehmende Halsschmerzen, Athemnoth und Behinderung des Schluckens. Temperatur 39,2°, starkes Ödem des Kehlkopfeinganges. 4 Stunden später starke Dyspnoe, dann entleert Pat. plötzlich viel Eiter durch Nase und Mund und stirbt. Enormes Ödem des Kehlkopfes, ausgehend von einem in der Rachenwand am Ringknorpel gelegenen Abscesse, der sich entleert und dabei wahrscheinlich die Erstickung verschuldet hat.

Kümmel (Breslau).

24) **Vidal** (Périgueux). **Quelques cas de chirurgie rénale. Néphrostomies et néphrolithotomies.**

(Arch. prov. de chir. 1900. No. 5.)

Die erste der vier diagnostisch sehr lehrreichen Krankengeschichten betrifft einen Fall von vereiterter Steinniere, die erst 10 Jahre nach dem 1. Anfalle von Nierensteinkolik zur Operation kam. Im Anfange hatte man die Diagnose richtig gestellt, später wurde die 40jährige Frau irrthümlich auf Rheumatismus behandelt. Die sehr herabgekommene Pat. starb am 4. Tage nach der Operation in Folge von Thrombophlebitis der Nierenvene, welche sich in die Vena cava fortsetzte. V. hat nur mit Mühe den korallenförmigen Stein durch den Sektionsschnitt entfernen können und hat die Überzeugung, dass die Nephrektomie angezeigter gewesen wäre, weil sie eher die Veneninfektion vermieden hätte.

Ein anderer, durch Nephrolithotomie glücklich geheilter Fall ist interessant durch seine Ätiologie und die Schwierigkeit der Diagnose. Ein 26jähriger Arbeiter, welcher als Soldat eine tuberkulöse Pleuritis durchgemacht hat, erleidet durch Fallen mit einem Getreidesacke eine heftige Quetschung der Lendengegend. Seitdem hat er Schmerzen in der linken Nieren- und in der Lendenwirbelgegend. Auch ist der linke Hode oft spontan schmerzhaft. Dieser Schmerz, so wie die Empfindlichkeit der Lendengegend ist besonders ausgesprochen beim Fahren im Wagen. Allmählich tritt ein Psoasabscess in die Erscheinung. V. kam zu der Diagnose: Caries der Lendenwirbelsäule und Nierensteinbildung um ein bei der Quetschung entstandenes Blutgerinnsel. Die in einer Sitzung ausgeführte operative Behandlung beider Leiden bestätigte die gewagte Diagnose.

In einem 3. Falle blieb die Diagnose unentschieden, ob es sich um einen Milzabscess nach Malaria oder einen Echinococcus der Milz oder um eine Nierenvereiterung handle, für welche ätiologisch eine schlecht behandelte Gonorrhoe und Cystitis in Frage kam. Gegen eine Pyonephrose sprach der Umstand, dass man vor der Geschwulst keinen Darm nachweisen konnte, und dass der Abscesssack weich und fluktuirend den Bauchdecken dicht anzuliegen schien. Auch enthielt der Urin keinen Eiter. V. machte daher die Laparotomie und schließlich die transperitoneale Nephrotomie, und zwar mit gutem Erfolge.

Im 4. Falle von Nephrotomie (bereits gelegentlich des XIII. Chirurgen-Kongresses besprochen) hatte ein cystisches Sarkom der Niere alle Erscheinungen kalkulöser Uropyonephrose gemacht. **P. Stolper** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. Sonnabend, den 15. September. 1900.

Über die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes bei Ankylose.

Von

Dr. **V. Chlumský** in Würzburg.

Die Behandlung der nicht komplicirten Kontrakturen und Ankylosen der Gelenke weist quoad restitutionem ad integrum nur sehr mäßige Erfolge auf. Ich habe seiner Zeit 14 Fälle von den nicht tuberkulösen Kniegelenksankylosen und Kontrakturen zusammengestellt, die in den letzten 10 Jahren an der Breslauer chirurgischen Klinik klinisch behandelt wurden, und dabei nicht einen einzigen gefunden, bei welchem man von einer bedeutenden Besserung der Beweglichkeit sprechen konnte. Und gerade in diesen Fällen war es oft der innigste Wunsch der Patt., wenigstens eine annährend normale Funktion des Gelenkes zu erzielen. Da ich auch in der Litteratur keine besseren Erfolge fand, versuchte ich auf experimentellem Wege etwas Licht in diese dunkle Frage zu bringen.

Ich ging dabei von folgenden Erwägungen aus: Die Herstellung der Beweglichkeit in einem theilweise oder gänzlich obliterirten Gelenke muss möglich sein, da es gelingt, sie in seltenen Fällen mit gewöhnlichen Mitteln zu erreichen; ja sie entsteht manchmal gegen unseren Wunsch, wie z. B. die Pseudarthrosen und die Nearthrosen; und gerade nach der Analogie von diesen muss sogar eine vollständige Neubildung des Gelenkes in den Bereich der Möglichkeit gehören.

Das Wesen der Ankylosen und Kontrakturen der Gelenke besteht 1) in der Schrumpfung der Weichtheile, 2) in den knöchernen oder bindegewebigen Verwachsungen der Gelenkenden, 3) was das häufigste ist, in beiden ersteren.

Die geschrumpften Weichtheile kann man durch Massage, aktive, passive und Widerstandsbewegungen, ev. brisement forcé mit vielem Fleiße und Ausdauer dehnen und so die Beweglichkeit des Gelenkes bessern. Die Verwachsungen der knöchernen Theile unblutig dauerhaft zu lösen, ist fast unmöglich. Die durch brisement forcé u. Ä. erzielten Erfolge werden in kurzer Zeit durch neue Verwachsungen vernichtet, und der Zustand der Pat. ist nach vielen Schmerzen manchmal noch schlimmer als zuvor. Beinahe dasselbe kann man auch von der blutigen Durchtrennung der Verwachsungen sagen, wenn wir es nicht in der Hand haben, die Neubildung der letzteren zu verhindern. Die Mittel aber, mit welchen wir das erreichen können, zeigt uns gerade das Entstehen von Pseud- und Nearthrosen. Sie bilden sich, ausgenommen einzelne Fälle von abnormer Callusbildung etc., hauptsächlich dann, wenn sich zwischen die zwei Frakturenden Weichtheile (Muskulatur, Fascien) einschieben und so die Annäherung der Bruchtheile verhindern. Könnte man diesen Vorgang nachmachen, so wäre es höchst wahrscheinlich möglich, die Beweglichkeit der ankylosirten Gelenke wieder zu erzielen. Einzelne Autoren haben dieses beim Menschen nach dem Vorschlage von Verneuil am Kiefergelenke versucht, indem sie das Kieferköpfchen bei der Ankylose des Gelenkes resecirten und in die Spalte kleine Stücke von der umliegenden Muskulatur (Masseterfasern [v. Mikulicz]) befestigten.

Die auf diese Weise erzielten Erfolge sollen nach Helferich, Lenz, Riegner zufriedenstellend sein.

Doch für die großen Gelenke ist dieses Verfahren nicht möglich, da erstens das weitere Schicksal der interponirten Partien für die spätere Funktion des Gelenkes verhängnisvoll sein kann, zweitens die Ausführung einer solchen Operation auf verschiedene technische Schwierigkeiten stößt.

Ich habe desswegen versucht, in die Gelenkspalte Fremdkörper aus verschiedenem Materiale einzuführen und so die Restitution des Gelenkes zu erzwingen. Zu diesem Zwecke resecirte ich die Kniegelenke der hinteren Extremitäten bei Hunden und Kaninchen und führte in die ehemalige Gelenkspalte passende Plättchen aus Cellu-

loid, Silber, Zinn, Gummi, Billrothbatist, oder ich überzog die Gelenksenden mit einer starken Schicht Kollodium[1].

Die ganze Operation gestaltete sich etwa folgendermaßen: Das Thier wurde mit Morphium-Äther oder nur mit Äther narkotisirt. Die Haut in der Umgebung des Kniegelenks wurde gereinigt und desinficirt und die Gelenkhöhle durch einen Lappenschnitt unterhalb, einige Male auch oberhalb der Patella eröffnet. Alle Ligamente, also auch die cruciata, wurden durchtrennt, die Knochenenden theilweise oder vollständig resecirt, und dann an die Knochenränder der Tibia eins von den genannten Plättchen mittels Naht befestigt, so dass die Sägefläche der Tibia vollständig verdeckt wurde.

Die Plättchen waren ca. 0,1—0,8 mm dick, von dreieckiger Form mit abgerundeten Kanten und Enden. Die Löcher zum Durchführen der Fäden (Seide) wurden besonders an den dickeren Plättchen schon vorher angelegt. Nach der Befestigung der deckenden Platte wurden auch die vorher durchtrennten lateralen Ligamente, so wie das Lig. patellare proprium durch Einzelnähte vereinigt, und dann die ganze Kapsel durch eine fortlaufende Naht verschlossen. Zuletzt kam die Hautnaht, die dann mit Kollodium (event. Jodoform-Kollodium) bestrichen wurde. Bei den ausgedehnten Resektionen wurden durch die Naht die Ligamente so wie die Kapsel etwas verkürzt, damit das Gelenk nicht zu locker wurde; bei einfachen Knorpelabschabungen dagegen nähte man die Schnittflächen der Ligamente exakt an einander. Bei den ersten Versuchen habe ich regelrechte Verbände aus Mull und Binden angelegt, die aber von den Hunden bald abgerissen oder durch Schmutz stark verunreinigt wurden. Nachher benutzte ich zur Fixation der Extremität auch Gipsbinden; einige Thiere rissen auch diese Verbände ab, andere vertrugen sie schlecht, magerten ab etc., so dass ich später lieber gar keine Verbände anlegte. Die Resultate dieser Versuche waren zufriedenstellend. In den ersten Tagen nach der Operation schonten die Thiere die operirte Extremität (besonders die Hunde), später haben sie diese ebenfalls zum Gehen benutzt, wenn auch nicht so geschickt und sicher, wie die anderen. Die Beweglichkeit des Gelenkes blieb mehr oder weniger annähernd normal: gewöhnlich war nur die Extension etwas beschränkt. In einigen Fällen von ausgedehnter totaler Resektion konnte man auch die seitliche abnorme Verschieblichkeit in mäßigem Grade konstatiren, doch schien sie besonders bei Kaninchen keinen besonderen Einfluss auf die Bewegungen des Thieres auszuüben.

Bei der Sektion, die 3 Wochen bis $4^1/_2$ Monate post op. vorgenommen wurde, fand man ziemlich gute Gelenkhöhlen, die fast durchweg etwas seröse Flüssigkeit enthielten. Die Gelenkenden, bei denen die Knorpeloberfläche nur zum Theil resecirt oder abgeschabt

---

[1] Diese Versuche führte ich theilweise in dem Laboratorium der kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Breslau, theilweise in dem Laboratorium des pharmakologischen Instituts in Würzburg aus.

worden war, hatten sich mit einer dünnen Knorpelfläche überzogen, so dass sie, zwar etwas anders kolorirt, doch annährend normal aussahen. Die Gelenkenden, bei denen man in der Knochenmasse selbst resecirt hatte, haben eine glatte, aus Bindegewebe bestehende Fläche erhalten; auf diese Weise hatten sie auch verschiedene durch die Operation verschuldete Knochenvorsprünge wieder theilweise ausgeglichen. Die Kapsel und die vernähten Ligamente waren ziemlich verdickt. Die Gummi- und die Celluloidplättchen lagen an Ort und Stelle unverändert, nur etwas gegen die Unterlage verschoben. Die feinen Plättchen aus Silber und Zinn waren zerrieben; ihre Reste lagen in den seitlichen Ausbuchtungen des Gelenkes. Die Billrothbatistlamelle hatte sich in einem Falle gefaltet. Dies war das Resultat bei den normal verlaufenden Fällen. Zwei Hunde sind an Sepsis zu Grunde gegangen; wirklich vereiterte Gelenke habe ich kaum gesehen; dagegen bildeten sich einige Male periartikuläre Abscesse.

Die erzielten Resultate wären also im Allgemeinen gut, doch schien es mir, dass das Verbleiben der Plättchen aus dem nicht resorbirbaren Materiale mit der Zeit zu eventuellen unangenehmen Erscheinungen führen kann; und außerdem hatten die Plättchen ihre Aufgabe, die Verhinderung der Verwachsungen, erfüllt; so waren sie überflüssig und ihre Entfernung sogar rathsam. Desshalb dachte ich bei den Operationen am Menschen die Plättchen nach einigen Wochen durch einen kleinen Schnitt wieder zu extrahiren. Um aber diese nachträgliche Operation zu vermeiden, wollte ich noch an Stelle der nicht resorbirbaren Plättchen andere aus resorbirbarem Materiale: dekalcinirtem Knochen, Elfenbein, Magnesium u. A. versuchen, und wählte speciell das letztere, da man bei demselben die Resorptionszeit besser beherrschen und dasselbe auch bequemer und sicherer desinficiren kann. In der oben geschilderten Weise führte ich bei Kaninchen (diese Versuche wurden sämmtlich unter freundlicher Assistenz des Herrn Dr. Lilienfeld, Assistenten der Hoffa'schen Klinik, in dem Laboratorium des pharmakologischen Instituts in Würzburg ausgeführt) Plättchen aus Magnesium in die Gelenkspalte; nach 3—12 Wochen tödtete ich ebenfalls die Thiere.

Die Stärke der Plättchen variirte zwischen 0,1—0,5 mm. Die äußeren Resultate waren ähnlich denen der früheren Reihe: eine etwas beschränkte Extension, vollständig gute Flexion. Die Plättchen verschwanden je nach der Stärke einige Wochen früher oder später; die dünnsten waren schon nach 18 Tagen zum großen Theile zerfallen. Die Knorpelbildung so wie die fibröse glatte Abrundung der resecirten Knochenenden war ganz analog der in den früheren Versuchen. Dagegen schien es mir, dass die Gelenkhöhle in der Mehrzahl der Fälle kleiner war, als bei den Versuchen der ersten Reihe, so dass ich nach der bis jetzt doch nur kurzen Beobachtungszeit nicht bestimmen konnte, ob sich die Höhle nicht noch weiter verkleinern und so das erreichte Resultat beeinträchtigen wird. Viel-

leicht waren die benutzten Platten zu dünn. Die Versuche werden in dieser Richtung fortgesetzt und die ausführliche Beschreibung derselben demnächst an anderer Stelle erscheinen. Die erzielten Resultate berechtigen, wie es scheint, auf diesem schwierigen Felde zu neuen Hoffnungen, so dass wir trotz einer kaum einjährigen Beobachtungszeit diese vorläufige Mittheilung der Öffentlichkeit zu übergeben uns für verpflichtet hielten.

---

1) **H. Buchbinder.** Experimentelle Untersuchungen am lebenden Thier- und Menschendarme. Ein Beitrag zur Physiologie, Pathologie und Bakteriologie des Darmes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 458.)

Die Untersuchungen, über welche hier berichtet wird, sind vom Verf. als Assistenten der chirurgischen Klinik in Straßburg angestellt. Sowohl die Thierversuche, als auch die am Menschen bei Gelegenheit von Operationen gemachten Beobachtungen bringen viel neues und interessantes Material, und ist die hier vorliegende, 98 Seiten starke, anziehend geschriebene Arbeit lobend hervorzuheben.

B. beschreibt zunächst die Methode, deren er sich bediente, um den Thierdarm ohne Funktionsstörungen extraabdominal physiologisch beobachten zu können. An Vorarbeiten von Wegener anknüpfend, bediente sich B. mit Erfolg hierzu eines Dampfsprays. Die auf den vorgelagerten Darm gerichtete Dampfatmosphäre wird auf 38° C. gehalten und durch vorgängige Erhitzung des Dampfes möglichst wasserarm gemacht, wodurch störende Flüssigkeitsniederschläge auf dem Darme vermieden werden. (Beschreibung des benutzten Apparates siehe im Original.) Es gelang B. auf diese Weise, sowohl Abkühlung wie Überhitzung zu vermeiden, eben so Austrocknung des Darmes, so dass die Peristaltik einer vorgelagerten Schlinge unverändert normal erhalten bleibt. Im Besitze dieser Beobachtungsmethode studirte B. zunächst die motorische Reaktionsfähigkeit des Darmes auf applicirte Reize, von welchen der elektrische der wichtigste und am besten praktikable ist; die typische Reaktion des Darmes auf schwachen elektrischen, faradischen Reiz besteht in einer lokalen ringförmigen Kontraktion, an welche sich bei größerer Stromstärke eine aufsteigende, d. h. pyloruswärts gerichtete, den Darm verengende, etwa 1—2 cm lange Ringkonstriktion anschließt. Dieselbe nimmt an Ausdehnung zu, je stärker der Strom ist. Diese typische Reaktion des Darmes, welche übrigens identisch mit der Wirkung von auf den Darm applicirten Natronsalzen ist, fand nun B. auch beim Menschendarme, den hierauf zu prüfen Operationen in der Klinik hinreichend Gelegenheit gaben. Auch beim Menschen reagirt der Darm auf den Induktionsstrom, und zwar besonders an der Anode durch eine starke lokale Ringkontraktion, der sich eine magenwärts bezw. aufwärts gehende, die Darmlichtung ca. 2 cm weit vollkommen verschließende Konstriktion anschließt, eine Thatsache, die jederzeit als sichere und

unschädliche Prüfung, wo zuführendes, wo abführendes Darmende ist, gebraucht werden kann. Auch der galvanische Strom wirkt auf die Darmmuskulatur, und zwar nicht nach den Regeln des Pflüger'schen Gesetzes (Näheres siehe im Originale). Die geschilderte elektrische Erregbarkeit des Darmes erwies sich nun auch nach Vornahme vorübergehender Strangulation als ein sehr feines Reagens für den Grad, welchen die Funktionsstörung oder auch Ernährungsstörung in der umschnürten Schlinge erreicht hatte. 13 Protokolle über einschlägige Kaninchenversuche zeigten je nach Schwere und Andauer der Darmklemmung eine Lähmung der Darmmuskulatur, die bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit oder gar nicht zurückging.

Analog waren die Befunde am Menschendarme nach Brucheinklemmungen: in 3 Beobachtungen, die berichtet werden, brauchte der durch Bauchschnitt frei gemachte Darm mehrere Minuten, um seine Kontraktilität zurückzugewinnen. Der peritonitisch injicirte und fibrinbelegte Darm, der bei einer Laparotomie wegen penetrirender Bauchwunde zur Prüfung kam, zeigte sogar eine fast vollkommene Lähmung.

Sehr instruktiv sind sodann B.'s Versuche über den Mechanismus der Darmeinklemmung. Alle Theorien der Einklemmung, die auf den Mechanismus lebloser, in Einschnürung versetzter Schläuche exemplificiren, Roser's Faltenklappentheorie, Busch's Abknickungstheorie, Lossen's Theorie vom Überdruck im zuführenden Rohre, sind hinfällig; vielmehr spielt sich der fragliche Vorgang immer auch eng verbunden mit der peristaltischen Darmbewegung ab, worauf schon Kocher ganz richtig aufmerksam gemacht hat. Werden beim Versuchsthier Darmschlingen in einen relativ weiten künstlichen Bauchring (von Glas oder Gummi), der einen Verschluss der Darmlichtung nicht herbeiführte, gelagert, so tritt völlige Stase und Lähmung in der Schlinge nur ein, wenn oberhalb hinreichende Füllung des Darmes vorhanden ist. Man beobachtet, dass der zunächst in der abgesperrten Schlinge befindliche Inhalt vom zuführenden Schenkel in den abführenden und endlich mit einem Ruck von diesem über den Ring hinaus nach unten befördert wird. Dann wird aber auch die Lichtung des zuführenden Schenkels gelüftet, und es tritt von oben her neuer Inhalt in die Schlinge, die zu neuer peristaltischer Arbeit, das Hindernis am Einklemmungsringe zu überwinden, gezwungen wird. Dabei erfährt die Lichtung des abführenden Schenkels eine allmähliche Dehnung, die peristaltische Kraft lässt nach, es kommt zur Kothstauung und schließlich zu Cirkulationsstörungen. Anders ist der Hergang bei der elastischen Einklemmung mit sofortiger Verlegung der Darmlichtungen. Hier enthält die Schlinge keinen oder nur minimalen Darminhalt (derselbe wurde im Momente des Durchschlüpfens des Darmes in den Ring zurückgestreift); dafür aber tritt sehr bald eine Füllung der Schlinge durch Transsudation, Blutung und Schleimsekretion ein, die zur Bildung fester, verstopfender Pfröpfe führt.

Der letzte Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Durchlässigkeit der Darmwand für Bakterien. Die zahlreich vorhandenen Befunde von Keimgehalt des Bruchwassers haben bekanntlich verschiedene Autoren zu der Annahme geführt, dass eine solche bestehe (Bönnecken, Tietze, Schloffer u. A.). B. hat den Gegenstand eingehend experimentell geprüft, sowohl an Schlingen mit unversehrt gelassener Cirkulation als auch an eingeklemmten Schlingen. Die Details der Versuchsanordnungen mögen im Originale eingesehen werden. Das Resultat war aber bei den ungeschädigten Schlingen stets ganz negativ, und dort, wo Cirkulationsstörungen angebracht waren, trat Bakterienaustritt auf die Serosa erst dann ein, wenn tiefgreifende, beziehungsweise irreparable Schädigungen mit nachfolgender Darmgangrän zu Stande gebracht waren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Niebergall** (Flensburg). Beitrag zur Entstehung der Leistenbrüche.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900. p. 330.)

Als Ergebnis der vorliegenden Betrachtungen, welchen eigens zu diesem Zweck angestellte anatomische Untersuchungen zu Grunde liegen, stellt N. folgende Sätze auf: 1) So weit nicht angeborene Bruchsäcke vorhanden sind, also in fast $^3/_4$ aller Bruchfälle, geht die Ausbildung des Leistenbruches allmählich vor sich. 2) Da bei dem meist allmählichen Entstehen des Übels die Anfänge der Bruchbildung von dem Träger oft gar nicht bemerkt werden, so genügt, sobald die Bruchgeschwulst in den vorderen Abschnitt des Leistenkanales gedrungen ist, oft eine verhältnismäßig geringe Veranlassung, um den Bruch zum Vorschein zu bringen. 3) Maßgebend für Entwicklung von Leistenbrüchen sind in erster Linie die anatomischen Verhältnisse am inneren Leistenringe, der äußere spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle.

Indem Ref. den beiden letzten Sätzen unbedingt zustimmt, möchte er doch dem ersten Satze gegenüber seinem Zweifel dahin Ausdruck geben, ob wirklich das Vorhandensein »angeborener Bruchsäcke« so selten ist, wie N. annimmt. Gerade das Vorkommen offener oder nur locker ausgefüllter Bruchsäcke dürfte den so oft beobachteten ursächlichen Zusammenhang zwischen Bruchbildung und verspätetem Descensus testiculorum erklären und gewiss auch häufig ohne ihn vorhanden sein, was letzteres freilich nur theoretisch ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

3) **R. Göbell.** Über intraparietale Leistenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 1.)

G. publicirt 2 Fälle von interstitiellem Leistenbruche, welche in der Kieler Klinik durch Radikaloperation beseitigt und bei der Gelegenheit sehr genau anatomisch klar gelegt wurden. Beide Brüche

waren reponibel, bilokulär und kongenital. Das obere Bruchsackfach saß zwischen Obliquus ext. und int., das untere im Hodensacke. Der beide Mal retinirte Hoden saß 1mal im interparietalen, das andere Mal im scrotalen Fache des Bruchsackes bezw. offen gebliebenen Scheidenfortsatzes. In Fall 1 bildete das obere Bruchsackfach ein geräumiges, sich nach der Spina anterior sup. hinziehendes Divertikel. Die inneren Leistenringe waren beide Male sehr erweitert, aber nicht dislocirt.

G. knüpft an seinen Bericht eine recht interessante und namentlich durch fleißige Verarbeitung gut gesammelter Litteratur lehrreiche Allgemeinerörterung über interparietale Leistenbrüche. Werden, wie er will, unter diesem Namen alle Brüche verstanden, deren Säcke zwischen den Schichten der Bauchwand liegen, so ergeben sich folgende 3 Species derselben: I. Hernia properitonealis zwischen Bauchfell und Fascia transversa. II. Hernia interstitialis, zwischen den Bauchmuskeln. III. Hernia superficialis (Küster), zwischen Aponeurose des Obliquus ext. und Haut. Von Species II, Hernia interstitialis, aber sind je nach dem vom Bruchsacke benutzten Interstitium wiederum 3 Varietäten zu scheiden: a. zwischen Obliquus ext. und int.; b. zwischen den Fasern des Obliquus int.; c. zwischen Aponeurose des Obliquus ext. und Fascia transversa. Die Mannigfaltigkeit wird weiter noch dadurch vergrößert, dass der Bruch bald angeboren, bald erworben, bald einfächerig, bezw. »inkomplet«, bald zweifächerig sein kann. Anatomie und Ätiologie dieser sämmtlichen Brüche wird besprochen, wobei auch des Ref. einschlägige Erörterungen berücksichtigt werden, und sodann die vom Verf. gesammelte Kasuistik gegeben. Bei der letzteren ist die Properitonealhernie, bezüglich deren auf andere Arbeiten verwiesen wird, nur kurz behandelt. Sehr vollständig und besonders instruktiv sind die Beobachtungen von interstitieller Hernie zusammengestellt: 38 Fälle, denen noch 8 Fälle von superficieller Hernie folgen.

Bezüglich der vom Ref. für die Genese der interstitiellen Hernie urgirten Verlagerung des inneren Leistenringes äußert G., dass dieselbe nur 2mal außer von mir konstatirt sei, im Falle Bramann und Hölder. Ganz korrekt ist diese Angabe nicht: in den von G. selbst gesammelten Berichten ist öfter von solchen Verlagerungen die Rede. Auch stammen die meisten Fälle aus älterer Zeit, wo hierauf noch nicht geachtet ist. Wünschenswerth wäre es, wenn bei den vielen hundert Radikaloperationen, die gegenwärtig allerorts gemacht werden, den jeweiligen anatomischen Eigenthümlichkeiten der Fälle mehr Interesse geschenkt würde. Es würden sich dann, wie in den beiden Kieler Beobachtungen, gewiss interessante Rarietäten häufiger herausstellen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) M. Hirschkopf. Zur Radikaloperation der Hernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 59.)

Eine neue Operationsstatistik aus der Kocher'schen Klinik, deren Hauptinteresse Ref. darin findet, dass hier wieder eine neue Operationsmodifikation Kocher's für die Radikaloperation der Brüche mitgetheilt wird. Kocher bezeichnet sie als »Invaginationsverlagerung«. Bezüglich Details und Illustrationen wird auf die bald zu erwartende 4. Auflage von Kocher's Operationslehre verwiesen. Das Wesentliche besteht in Folgendem: Erste Akte wie bei der lateralen Verlagerungsmethode. Spaltung von Haut und Obliquus ext. Aponeurose 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenringes. Hier wird nun tiefer gegangen und mit Sonde oder Messer auch der Obliquus int., Transversus, Fascia transversa und Bauchfell mit einem kleinen Fenster versehen. Durch letzteres wird die gebogene Zange in die Bauchhöhle und in das Innere des Bruchsackes eingeführt, wird dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, mit der Zange gefasst und unter Zurückziehen der Zange der sich hierbei invaginirende (umkrempelnde) Bruchsack durch den Leistenkanal zurück- und aus dem Bauchfellfenster herausgezogen. Er wird dann durchstoßen sammt dem angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten umschnürt, resecirt. Die Wunden werden geschlossen, der Leistenkanal kann unter Einstülpung der Aponeurosis obliqui ext. durch Knopfnähte noch verengert werden. Der Vorzug der Methode besteht in Vermeidung jeder trichterartigen Bauchfellvertiefung. Bislang ist die Methode von Kocher 83mal angewendet; 1mal trat Recidiv ein.

Übrigens bringt Verf. alle von Kocher seit 1896 ausgeführten Bruchoperationen in kurzen, ca. 30 Seiten füllenden Krankengeschichten, die, höchst einförmig, kaum das Lesen lohnen werden. Es handelt sich um 188 äußere, 7 innere Leisten-, 25 Schenkel-, 9 epigastrische und 7 Nabelbrüche. Bemerkenswerth ist, dass Kocher sowohl Kinder in den ersten Jahren als auch ältere Leute operirt. Auch bei kleinen Kindern können die Operationswunden durch einfache Kollodialgazeverklebung sicher aseptisch gehalten werden. Von älteren Personen wurden 10 im Alter von 61—69 Jahren operirt. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) A. Narath. Over den invloed van Bassini's radicaaloperatie van de liesbreuk op de operaties in de liesstreek in het algemeen.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1900. No. 15.)

Nach einer sachlichen kurzen Beschreibung der Bassini'schen Radikaloperation, wie sie gegenwärtig in der chirurgischen Klinik zu Utrecht ausgeführt wird, woraus besonders hervorzuheben ist, dass bei der Muskelnaht zu Herstellung der Hinterwand des Inguinalkanals nur die Mm. obliq. int. und transvers. (ohne Fascia trsv.) am

nicht unterminirten Lig. Poup. befestigt werden, zählt Verf. die verschiedenen Operationen in der Inguinalgegend auf, die vortheilhaft nach diesem Muster gemacht werden können, so die Operation der Hydrocele communicans oder der großen alten, nicht kommunicirenden Hydrocele, die oft mit einer Ausstülpung des Peritoneums, ja bisweilen selbst mit einer wirklichen Hernie zusammengeht, so auch die Kastration und die Alexander'sche Operation zur Behebung des Prolaps oder der Retroflexio uteri. Bei der Varicocele hat Verf. selbst die Resektion der Vena spermatica oder ihrer Hauptzweige im Leistenkanale vorgeschlagen und nach Bassini operirt. Außer den Vortheilen einer strengen Asepsis, der Entfernung von eventuellen Hernien oder Lipomen soll besonders die Möglichkeit einer Verengerung des Leistenkanals, der bei den höheren Graden der Abweichung immer mehr oder weniger ausgedehnt ist, dieser Methode zur Empfehlung dienen. v. Zoege-Manteuffel hat, wie bekannt, schon früher zu demselben Zwecke die einfache Verlagerung des Samenstranges nach dem Bassini'schen Typus empfohlen, ohne die Venen anzurühren.

Auch bei einer Radikaloperation der Cruralhernie, mit oder ohne Leistenhernie komplicirt, ist in der letzten Zeit dieser Weg vom Verf., Lotheissen und Codivilla empfohlen.

G. T. Walter ('s Gravenhage).

---

6) **Ketteler.** Das Diverticulum Meckelii als Ursache des Ileus und sonstiger Veränderungen im Abdomen und deren operative Behandlung.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1900.

Neben einer Zusammenstellung der bisherigen Publikationen bringt K. die Mittheilung dreier von König und Braun behandelter Fälle. In 131 der bis jetzt publicirten Fälle sind die durch das Meckel'sche Divertikel gesetzten Veränderungen näher angegeben; so entstand 92mal innere Einklemmung, 12mal eine Knickung, 6mal Achsendrehung, 7mal Knotenbildung; 5mal war ein Abscess um das Divertikel vorhanden, 6mal lag es in einem Bruchsacke, 2mal bestand eine Taschenbildung am Divertikel und 1mal eine Kommunikation mit der Blase. Von 109 Fällen, bei denen das Geschlecht angegeben war, gehörten 91 dem männlichen und nur 18 dem weiblichen Geschlechte an. Schließlich stellt K. noch 12 Fälle aus der Litteratur zusammen, in denen das Divertikel Ursache einer Invagination war.

Sultan (Göttingen).

---

7) **K. Sudsuki.** Über Divertikel am S romanum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 3.)

Auf Anregung von Hansemann unterzog Verf. die Lehre Graser's von den Darmdivertikeln, speciell am S romanum, einer genaueren Nachprüfung an einer größeren Reihe von Präparaten.

Graser ist bekanntlich der Ansicht, dass die großen Gefäßlücken an dem Darmabschnitte Prädisposition für die Divertikelbildung schaffen, und dass alle diejenigen Einflüsse, welche eine chronische Stauung im Gebiete der Vena meseraica inferior bewirken, diese Prädisposition manifest machen können. Zur Entstehung dieser herniösen Divertikel, meint er, sind Gelegenheitsursachen erforderlich, welche eine oft wiederholte Drucksteigerung hervorrufen, so z. B. Kothstauungen mit Gasauftreibungen. Die Beziehung der Stauung zur Divertikelbildung hält Hansemann für eine zufällige.

S. glaubt nun, dass es nicht darauf ankommt, ob das Gefäß, das in den Darm eintritt, weit oder eng ist, sondern seiner Anschauung gemäß spielt die geringere Widerstandsfähigkeit des lockeren Bindegewebes und das Vorhandensein von Fettgewebe in den Gefäßlücken eine wesentliche Rolle bei dem Processe. Dass die Stauung nicht das hauptsächliche Moment ist, dafür sprechen auch die zahlreicheren Fälle, in denen Divertikel an Därmen ohne Stauung gefunden wurden. Auch S. ist der Überzeugung, wie Graser, dass das Zustandekommen der Divertikel durch Drucksteigerung herbeigeführt wird, wie sie durch die oben erwähnten Kothstauungen mit Gasansammlung veranlasst werden. Dabei ist noch die Thätigkeit der Muskulatur zu berücksichtigen, welche in dem Bestreben, die ihr entgegenstehenden Hindernisse zu beseitigen, sich in der Richtung des geringsten Widerstandes, d. h. in der Richtung der Gefäßlücken, geltend macht. Wahre und falsche Divertikel verhalten sich ähnlich in ihrer Entstehung. An einigen beigefügten deutlichen Illustrationen kann S. seine Ansichten gut erläutern. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

8) **Mc Cosh.** Remarks on the surgery of the biliary passages with a report of the choledochotomies.

(Medical and surgical report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Verf. führt Klage darüber, dass in Amerika die Wichtigkeit und Nothwendigkeit chirurgischer Behandlung bei der Cholelithiasis bei Ärzten und Publikum noch viel zu wenig Anerkennung findet. Die Folge davon ist, dass die endlich wirklich dem Chirurgen zugeführten Fälle sich meist in einem so desolaten Zustande befinden, dass die Operation häufig zu spät kommt. So weisen die amerikanischen Statistiken erheblich höhere Mortalitätsprocente auf, als die deutschen, und die Zahl der Operationen wegen Cholelithiasis ist eine verhältnismäßig sehr geringe in den großen amerikanischen Hospitälern. Natürlich werden auch dort Misserfolge bei der Operation zu spät dem Chirurgen zugeführter Fälle diesem Letzteren von den internen Kollegen zur Last gelegt und als willkommene Abschreckungsbeispiele den Pat. vorgeführt.

Zur Illustration dieser Verhältnisse führt Verf. die ausführlichen Krankengeschichten von 10 Fällen von chronischem Choledochus-

verschluss vor, die mit Choledochotomie behandelt wurden. In der Mehrzahl dieser Fälle war das Leiden jahre- bezw. jahrzehntelang nutzlos intern behandelt, weil von den berufensten Internisten sogar vielfach vor der Operation gewarnt worden war, bis die Pat. dann endlich, meist hochgradig heruntergekommen und hoch fiebernd, dem Chirurgen als ultimum refugium zugeführt wurden. Unter diesen Umständen ist die Mortalität von 20% bei den 10 Fällen wohl noch keine zu hohe. Allerdings möchte Ref. glauben, dass dieselbe eine noch geringere gewesen wäre, wenn C. nicht als Regel die Choledochuswunde nähen, sondern wenigstens bei offenbar infektiöser Galle drainiren würde. Verf. steht nämlich auf dem Standpunkte, dass bei freiem Abflusse nach dem Darme hin die Drainage der Gallenwege eine genügende ist; für die Fälle, bei denen eine entzündlich zugeschwollene Papille diesen freien Abfluss hindert, hält er ein Nachgeben der mit Katgut ausgeführten Naht für sicher und damit die Drainage auf dem Wege des auf die Nahtlinie geführten Jodoformtampons. — Nach den von deutschen Chirurgen gemachten Erfahrungen kann Ref. die Bedenken des Verf. gegen die Drainage (Schädigung der Haut durch die darüberfließende Galle und Ernährungsstörungen in Folge des Gallenverlustes) nicht theilen und hält die Choledochusdrainage wenigstens für die Fälle von infektionsverdächtiger Galle für das weitaus sicherere Verfahren. In 6 von den 10 Fällen hielt übrigens die Naht nicht, und es erfolgte für kürzere oder längere Zeit Gallenausfluss aus der Wunde. 6mal war die Gallenblase verdickt und geschrumpft, 2mal von mittlerer Größe, 2mal (frischere Fälle) ausgedehnt.

Anhangsweise werden noch die Krankengeschichten zweier Fälle von akuter Cholecystitis typhosa gegeben. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

9) **A. W. Mayo Robson.** Pancreatitis, with especial reference to chronic pancreatitis.

(Lancet 1900. Juli 28.)

Verf. liefert eine zusammenfassende Arbeit über die Pankreasentzündung, insbesondere die chronische Form, für deren operative Behandlung er eintritt.

Er hat bei interstitieller Pankreatitis 17mal operirt und bei 16 Fällen vollständige Heilung erzielt.

Er bespricht die Ätiologie, Symptome der akuten, subakuten und chronischen Form. Bei ersterer trennt er die hämorrhagische, suppurative und gangränöse Pankreatis; bei der chronischen interstitiellen Form unterscheidet er das hypertrophische und cirrhotische Stadium.

Die differential-diagnostischen wichtigen Symptome im Vergleiche mit Gallensteinen, Carcinom des Pankreaskopfes, Carcinom der Leber und Gallengänge und chronischem Katarrh der letzteren werden klar besprochen.



Die chronische interstitielle Pankreatitis sei häufiger, als man annehme. Glykosurie findet sich nur in den Fällen, wo die ganze Drüse erkrankt ist.

Operative Behandlung hat in seinen Fällen besonders in Cholecystotomie und Cholecystenterostomie bestanden, mehrmals kombinirt mit Entfernung von im Ductus pancreaticus eingeklemmten Steinen.

Wenn auch die Diagnose trotz der relativ klaren Symptomatologie auf chronische interstitielle Pankreatitis nicht sicher zu stellen ist, so rechtfertige sich doch die Explorativoperation.

Bei den vom Verf. wegen Carcinom des Pankreaskopfes ausgeführten Operationen bei 16 Fällen haben nur 9, und fast ausnahmslos nur vorübergehend, die Operation überstanden.

Erwähnt sei noch die Empfehlung des Verf., bei den im Anfange auftretenden hochgradigen Obstipationen, wie sie bei den mehr akuten Formen der Pankreatitis vorkommen, erst mäßige Dosen von Kalomel, gefolgt von einem salinischen Abführmittel, zu geben, dann später Wismuth mit kleinen Dosen Opium. **F. Krämer** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Knappschaftslazarette Königshütte O/S. Weil. Geh.-Rath Prof. Dr. Wagner.)

Luxationsfraktur im Atlantooccipitalgelenke.

Von

Dr. med. **Phil. Kissinger,**
fr. Assistenzarzt.

Verletzungen des Atlantoocipitalgelenkes sind außerordentlich selten; es verlohnt sich, jeden einzelnen Fall mitzutheilen.

Der Schlepper J. K., 20 Jahre alt, vom Ostfelde der Königsgrube, war im Betriebe zu Tode verunglückt, und wurde die Leiche dem hiesigen Knappschaftslazarette eingeliefert.

Nach dem Ergebnisse der bergpolizeilichen Untersuchung hat sich der Unfall folgendermaßen zugetragen: »Beim Herunterlassen eines Zuges mit 8 vollen Wagen auf dem Bremsberge I entgleiste der Zug und ging der 1. Wagen durch Reißen des Kuppelhakens frei ab. Von diesem Wagen wurde K., der das Anschlagen unter dem Bremsberge zu besorgen hatte, erfasst und sofort getödtet«.

Bei der Autopsie, die von der Staatsanwaltschaft erst am 5. Tage gestattet wurde, fand ich Folgendes:

Kräftige, männliche Leiche; Hautabschürfungen an Kopf und Rumpf, die zunächst eine bestimmte Gewalteinwirkung nicht erkennen lassen. Komplicirter Bruch des linken horizontalen Schambeinastes, jedoch ohne Zerreißung der Weichtheile in größerer Ausdehnung.

Der Kopf ist auf die linke Seite geneigt; auf der rechten Halsseite fühlt man dicht unter und hinter dem Kieferwinkel einen deutlichen Vorsprung, auf der linken Seite eine entsprechende Lücke. Vom Munde aus sind dieselben Verhältnisse zu fühlen, dabei auch deutliche Krepitation kleiner Knochenstückchen[1]. Ich

---

[1] Mehrfache Versuche, ein deutliches Röntgenbild zu erhalten, missglückten.

stellte die Diagnose auf Fraktur des Atlas, Zerreißung der Bänder des Atlanto-occipitalgelenkes und seitliche Luxation des Kopfes.

Es handelte sich um einen Abriss der Gelenkfläche des rechten Condylus occipitalis bis auf die hintere Partie (noch etwa 3—4 mm lang); auf der lateralen Seite erfolgte der Abriss direkt (etwa 1—1,5 mm) über der Gelenkfläche, auf der medialen Seite derart, dass die ganze Ansatzstelle des Ligamentum alare mit abgerissen war nebst einem kleinen länglich-spitzen Knochensplitter von dem vorderen Rande des Foramen occipitale. Das abgerissene Stück des Condylus bildete im Querdurchschnitte beinahe ein gleichseitiges Dreieck und hing nur noch vermittels einiger Fetzen der Gelenkkapsel und des Ligamentum alare an dem Atlas, bezw. dem Zahne des Epistropheus. Das Foramen hypoglossi war erhalten.

Von dem linken Condylus ist nur die Ansatzstelle des Ligamentum alare ab- resp. ausgerissen. Auf der lateralen Hälfte der linken oberen Atlasgelenkfläche befindet sich ein deutlicher subperiostaler Bluterguss.

Die übrigen Bänder zwischen Hinterhaupt und Atlas, so wie das Ligamentum suspensorium dentis und die Vertebralgefäße sind zerrissen, die kurzen tiefen Nackenmuskeln sind stark zerfetzt, die Medulla ist vom Pons völlig, aber unregelmäßig, abgequetscht.

Die restirenden Muskeln des Halses, die Gefäße, die Trachea, der Ösophagus sind unverletzt, doch finden sich mehrfache blutige Durchtränkungen des Gewebes. Die Wirbelsäule — insbesondere auch der Atlas und der Epistropheus — ist intakt, ihre Bänder sind nicht gelockert. Der Schädel ist, abgesehen von den Kondylen, unverletzt; über dem rechten Seitenwandbeine besteht ein etwa 2markstückgroßer subperiostaler Bluterguss. In der hinteren Schädelgrube befinden sich ungefähr 2 Esslöffel blutiger Flüssigkeit. Veränderungen am Gehirne sind nicht mehr mit Sicherheit erkennbar, gröbere Verletzungen etc. fehlen jedenfalls. Rippen, Brustbein, Schultergürtel unverletzt. Die Brust- und Bauchorgane sind alle ohne Besonderheiten, nur die linke Niere zeigt an ihrem unteren Pole einen kleinen Einriss. Die Blase ist prall gefüllt, ohne jegliche Verletzungsspuren, Schleimhautblutungen.

Wie ist die Verletzung des Atlantooccipitalgelenkes zu Stande gekommen? Nach dem Untersuchungsprotokoll ist dies nicht ohne Weiteres klar, und müssen wir uns daher das Terrain, auf dem der Unfall stattfand, genauer ansehen.

Der Mann hatte, neben dem Geleise am Fuße des Bremsberges stehend, das Anschlagen zu besorgen, d. h. durch Anschlagen an eine eiserne Stange Signale für den Betrieb zu geben; ev. musste er auch Wagen an- oder abkuppeln. Ich glaube, dass K. zu nahe an dem Geleise stand und von dem den Bremsberg herunterrollenden Wagen in die linke Seite gestoßen und gegen einen der in der Nähe stehenden Stempel (Baumstämme, die zum Stützen der abgebauten Strecken dienen) geschleudert wurde. Er schlug beim Hinfallen mit der rechten Kopfseite mit kolossaler Wucht gegen den Stempel, wodurch der Kopf auf das Stärkste nach links überbeugt wurde, während der Körper mit der Wirbelsäule in Folge des Stoßes nach der anderen Richtung strebte, also gewissermaßen fixirt war.

Besonders bemerkenswerth ist noch das Fehlen einer Verletzung des Schädelgehäuses[2] und das Nichtzerreißen der ja als sehr stark bekannten Ligamenta alaria; es trägt ein solches nach Maisonabe[3] bis 125 Pfund.

---

[2] Wagner-Stolper, Deutsche Chirurgie Lief. 40, Fall 46 von Dr. Hartmann.

Kissinger, Totale Luxation des Kopfes nach vorn. Centralblatt für Chirurgie 1899.

[3] Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie 1889.

10) J. Hawkes. Report of ten cases of subphrenic abscess.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Veranlasst war der subphrenische Abscess in 2 Fällen durch Appendicitis, in 2 Fällen durch Cholecystitis, in 2 Fällen durch Leberabscess, in 1 Falle durch perinephritische Eiterung, in 1 Falle durch Empyem; in 2 Fällen blieb die Ätiologie unklar.

In beiden Fällen von Appendicitis war der appendicitische Abscess eröffnet und drainirt worden; beide Male kehrten Temperatur und Puls nicht zur Norm zurück, und nach 9 bezw. 46 Tagen traten die Symptome eines subphrenischen Abscesses auf. In einem Falle brach derselbe in die Pleurahöhle, Lunge und Bronchus durch. Beide Fälle heilten nach Incision und Drainage rasch.

In den Fällen von Cholecystitis wurde beide Male die Cholecystostomie gemacht; sekundär entwickelte sich der subphrenische Abscess, der in einem Falle durch eitrige Pleuritis und allgemeine Sepsis, im anderen durch allgemeine septische Peritonitis zum Tode führte; in diesem Falle bestand als Komplikation Schwangerschaft im letzten Monate.

In den Fällen von Leberabscess bestand beide Male eine deutliche Geschwulst; der eine Pat. starb trotz Operation an Sepsis, der andere genas.

Bei dem perinephritischen Abscesse handelte es sich anscheinend um Tuberkulose, 7 Monate nach der Operation bestand noch eine Fistel.

Auch das Empyem, das metapneumonisch auftrat, hatte wahrscheinlich tuberkulöse Grundlage, heilte indess zunächst aus. Nach 3 Jahren traten aber deutliche Zeichen von Lungentuberkulose mit Kavernenbildung auf, sowie ein neuer Pleuraerguss; dieser griff auf den subphrenischen Raum über und war im Epigastrium auf der linken Seite als fluktuirende Geschwulst fühlbar. Incision und Drainage führten zur Heilung bis auf eine kleine Fistel.

Von den Fällen mit unklarer Ätiologie betraf der eine einen 3jährigen Knaben, bei dem zunächst im Epigastrium ein Abscess eröffnet wurde; sekundär bildete sich ein subphrenischer Abscess auf der rechten Seite. Heilung.

Auch der 2. Pat. genas nach Eröffnung des Abscesses.

Zur Stellung der Diagnose wurde meist die Probepunktion angewendet, die Eröffnung des Abscesses erfolgte gewöhnlich nach Rippenresektion.

R. v. Hippel (Dresden).

11) T. Brown. The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver. The results in cases published to date.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Nach sorgfältiger Besprechung der einschlägigen Litteratur berichtet B. über folgenden, selbstbeobachteten Fall:

Bei einem 43jährigen Arbeiter, Techniker, hatten sich im Laufe der letzten Jahre zunehmende Symptome von Lebercirrhose mit wachsendem Ascites eingestellt, welcher bereits 2mal stationäre Behandlung und zahlreiche Punktionen nöthig gemacht hatte. Da der Ascites immer wiederkehrte, und das Allgemeinbefinden sich rapid verschlechterte, wurde am 2. September 1899 von Dr. Tuttle die Operation ausgeführt.

6 Zoll langer Schnitt zwischen Schwertfortsatz und Nabel, 2 Zoll langer oberhalb der Symphyse. Nach Entleerung des Ascites zeigt sich das Netz verdickt, geschrumpft und klumpig, mit dem unteren Zipfel bis in Nabelhöhe reichend, dort mit dem Peritoneum parietale verwachsen, die Venen erweitert und gespannt. Das Lig. rotundum fingerdick und hart. Die Leber klein und hart, mit charakteristischer Schuhzweckenoberfläche. Milz mehr als doppelt zu groß. Die Leber- und Milzoberfläche, so wie das Peritoneum parietale werden kräftig mit trockenen

Gazetupfern abgerieben, das Netz wird an letzteres mit 8—10 Katgutsuturen angenäht. Die obere Wunde wird durch Etagennaht geschlossen, durch die untere wird ein weiter Glasdrain bis hinter die Blase ins Becken geleitet, nachdem ein Streifen steriler Gaze zur Kapillardrainage hindurchgeführt worden. Über den oberen Verband werden den halben Rumpf umfassende Heftpflasterstreifen vom Schwertfortsatze bis zum Nabel fest angelegt. Großer aufsaugender Verband über die untere Wunde muss in den ersten Tagen häufig gewechselt werden, wobei jedes Mal das Drain mittels Spritze ausgesaugt wird.

Im Verlaufe der 2. Woche lässt die Sekretion nach; die obere Wunde ist per primam geheilt. Die Kompression des unteren Thorax und des Oberbauches wird 3 Monate lang fortgesetzt. Am 23. Tage wird das dicke Drain durch ein dünneres ersetzt. Zu dieser Zeit sitzt Pat. im Bett auf, ißt und verdaut feste Speisen zum ersten Male seit 7 Monaten. Am 38. Tage wird das Drain fortgelassen, Pat. steht auf. 1. November beide Wunden geschlossen, Bauchumfang 32 Zoll gegenüber 41 vor der Operation, Appetit gut, Stuhlgang regelmäßig, Urin eiweißfrei.

Die Nachuntersuchung am 5. Januar 1900 ergiebt vollkommenes Wohlbefinden, Herzspitzenstoß im 5. Interkostalraum (vor der Operation im 4.), Leberdämpfung beginnt an der 5., anstatt wie früher an der 4. Rippe. Bauchumfang 32 Zoll, Unterhautfettgewebe entschieden vermehrt.

Zur Operation sollen nur Fälle von reiner Lebercirrhose ohne irreparable Störungen seitens der Nieren etc. ausgewählt werden; die Leberzellen müssen noch funktionstüchtig sein. Den größten Werth legt B. auf die strikte Einhaltung der Operationstechnik nach Morison, wie sie im vorliegenden Falle angewandt wurde. Genügend langdauernde Drainage und Kompression des Oberbauches sind für den Erfolg der Operation ausschlaggebend. Eine Abweichung von dieser Technik würde erst dann gestattet sein, wenn sie sich in irgend einer Beziehung als fehlerhaft herausstellte, sonst können neue »Modifikationen« die Operation nur in Misskredit bringen. **R. v. Hippel** (Dresden).

12) **Kukula.** L'étiologie des entérorrhagies consécutives à l'étranglement des hernies.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1899. December.)

K. berichtet einen Fall von eingeklemmtem rechtsseitigen Leistenbruche eines 25 Jahre alten Mannes; als man nach der Herniotomie Schwierigkeiten mit der Taxis hatte, wurde die Bauchhöhle mit dem Finger abgetastet. Dabei stieß K. nach abwärts gegen das kleine Becken zu auf einen derben Strang, unter welchem ein faustdickes Konvolut von Dünndarmschlingen festgekeilt lag. K. musste den Herniotomieschnitt nach oben verlängern, entwickelte das Konvolut und fand, dass es sich hier um einen rechtsspiralig gedrehten Volvulus handelte. Die Torsion betrug 360°, d. h. eine vollständige Tour; der derbe Strang war der obere Rand des torquirten zugehörigen Mesenteriums. Der Volvulus wurde gelöst, wobei die blau gefärbten Dünndarmschlingen sehr bald ein gutes Aussehen annahmen; auch die eingeklemmten Schlingen des Leistenbruches wurden entwirrt, reponirt, die Naht und der Verband in üblicher Weise gemacht. 20 Stunden nach der Operation trat eine große Blutung sowohl in den Darm, als in die Bauchhöhle ein, welche nicht gestillt werden konnte und zum Tode innerhalb 20 Stunden führte. K. hat die Ursache dieser Blutung zu ergründen gesucht, er hat die Arterien und Venen injicirt, das Präparat makro- und mikroskopisch untersucht und gefunden, dass die Blutung von thrombosirten Venen der eingeklemmten Schlinge und des angrenzenden Mesenteriums herrührte. Obgleich die Besichtigung des Bruchinhaltes bei der Operation eine Reduktion zuließ, so ergab die mikroskopische Untersuchung doch Nekrose der Mucosa und Muscularis und Stase im zugehörigen Mesenterium; an den Grenzen derselben erfolgte die Blutung. — Nachblutungen nach reponirten Hernien sind in neuerer Zeit von Barthelmy 1875 (1 Fall), Schnitzler (4 Fälle), Ullmann (2), Luksch (3), Schmit, Ewald, Fikl, Zamazal (je 1), im Ganzen 14 veröffentlicht. 3 davon verliefen tödlich. Nach genauer Analyse seines Falles und der 14 Veröffentlichungen kommt K. zu dem



Resultate, dass die Nachblutungen nach eingeklemmten, durch Taxis mit oder ohne Operation zurückgeführten Hernien in 2 Gruppen getheilt werden müssen, nämlich:

1) solche, die sehr bald nach der Reduktion eintreten; Ursachen: a. Quetschungen bei der Taxis; b. Kompression der Venen in der eingeklemmten Partie mit Thrombose in denselben und Bildung eines hämorrhagischen Infarktes in der Darmschlinge und dem Mesenterium; c. sofortige Infarktbildung bei kompleter Ischämie des Darmes.

2) solche, welche längere Zeit nach der Reduktion auftreten; Ursachen: Exfoliation und Ulceration der Schleimhaut der eingeklemmten Schlinge und Gangrän derselben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

13) C. Hirsch. Zur klinischen Diagnose der Zwerchfellhernie. (Aus der med. Klinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 29.)

In dem mitgetheilten, einen 34jährigen Mann betreffenden Falle wurde die Diagnose der Verlagerung des Magens in den linken Brustraum durch eine Öffnung im Zwerchfelle auf Grund des häufigen Wechsels in den physikalischen Erscheinungen, der periodischen Anfälle von Athemnoth, Erbrechen und Schmerzen, der seit Kindheit bestehenden, zeitweise mit relativem Wohlbefinden abwechselnden Magenbeschwerden und des Nachweises einer Dextrokardie gestellt und durch das Röntgendiagramm außer Zweifel gesetzt. (Ref. hat einen Fall von Verlagerung fast des ganzen Dünndarmes in den rechten Thoraxraum durch eine an der hinteren Insertion des Zwerchfelles befindliche Lücke mit vollständiger Kompression der rechten Lunge bei einem Neugeborenen weiblichen Geschlechtes beobachtet. Bei diesem bestand von der Geburt an starke Athemnoth, die sich besonders einige Zeit nach der Nahrungsaufnahme zu heftigen Anfällen steigerte. Im oberen Theile der rechten Brusthälfte fand sich gedämpfter Schall und Fehlen des Athmungsgeräusches, im Übrigen heller tympanitischer Schall, so dass Atelektase der oberen und Emphysem der mittleren und unteren Partien vorzuliegen schien; zeitweise waren über letzteren eigenthümliche gurrende Geräusche zu hören. Die Sektion des 6 Tage nach der Geburt zu Grunde gegangenen Kindes ergab eine Erklärung für diese letztere Erscheinung durch den Nachweis der in den rechten Thoraxraum durch die angeborene Öffnung im Zwerchfelle hindurchgetretenen Darmschlingen.) **Kramer** (Glogau).

14) O. Kukula. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Schussverletzungen des Magens.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 51—53.)

Eine umfassende, historisch-kritische Studie, die zu dem Resultate kommt, dass möglichst baldige operative Behandlung der Magenschüsse die besten Resultate ergiebt. Die Arbeit enthält 2 eigene Fälle und die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung des Mageninhaltes, welcher bei Gelegenheit der Operation entnommen wurde. **Grisson** (Hamburg).

15) Thiriar. Gastrotomie pour extraction d'un râtelier fixé dans oesophage.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1900. No. 2.)

Der 21 Jahre alte Glasschneider hatte beim Frühstücke sein 5 cm langes, 4 cm breites Gebiss verschluckt, welches über dem Zwerchfelle in der Speiseröhre sitzen blieb. Nachdem alle gewöhnlichen Mittel, den Fremdkörper zu entfernen, vergeblich angewendet, öffnete T. den Magen. Er war genöthigt, mit der ganzen Hand einzugehen und konnte dann mit 2 Fingern in den Ösophagus gelangen, um die Extraktion vorzunehmen. Magen- und Laparotomiewunde wurden sofort genäht. Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).



16) **W. H. Brown.** Unusual complication following gastro-jejunostomy.

(Lancet 1900. Juli 7.)

Verf. berichtet einen Fall, wo er bei einer 62 Jahre alten Pat. wegen Pylorusgeschwulst eine Gastroenteroanastomose machte.

Nach der Operation verliefen die nächsten beiden Wochen ohne jede Störung. Dann stellten sich ziemlich plötzlich wieder die vor der Operation vorhanden gewesenen Zeichen des Verschlusses ein: regelmäßiges Erbrechen aller aufgenommenen Nahrung und heftige lokale Schmerzen.

Es wurde von Neuem laparotomirt; die Anastomosenstelle sah von außen gut aus; 5 cm oberhalb davon wurde eine Incision in den Magen gemacht. Die digitale Untersuchung ließ nun an der Stelle der Anastomose eine gut papierdicke Membran erkennen, die den Grund des Darmverschlusses abgegeben hatte.

Es gelang, die Membran zu durchstoßen, die Incisionswunde wurde vernäht, und damit verschwanden die Symptome des Verschlusses und Pat. genas.

Ursache der abnormen Bildung ist nicht klar. **F. Krämer** (Berlin).

17) **Wunderlich.** Zur Einwanderung von Fremdkörpern in den Dünndarm.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 28.)

W. berichtet über einen Fall von Entleerung einer Kompresse durch den Darm $3^1/_2$ Monate nach einer Ovariektomie, die durch mehrfache Verwachsungen der Ovarialcyste »nicht ganz einfach« gewesen war. In einem anderen Falle Verf.s von tödlich verlaufener Cholecystektomie fand sich bei der Sektion eine Kompresse in der freien Bauchhöhle.

Auch Ref. hat einen Fall von Einwanderung eines Fremdkörpers in den Mastdarm nach einer anderswo vorgenommenen Myomotomie beobachtet, bei der der Darm nicht verletzt worden war; die mit harten Kothkrusten bedeckte, heftig schmerzende Gazekompresse musste manuell entfernt werden.

Kramer (Glogau).

18) **T. Wikerhauser.** Pneumatosis cystoides intestinorum hominis Hahn.

(Liečnički viestnik 1900. No. 8. [Kroatisch.])

Der 35jährige Pat. leidet seit 10 Jahren an Magenbeschwerden mit häufigem Erbrechen, welches 2—3 Stunden nach dem Essen auftritt, oft Galle und reines Blut enthält. Stuhl stark angehalten, manchmal Verstopfung bis zu 8 Tagen. Pat. hat immer ein Gefühl von Vollsein, saures Aufstoßen. In letzter Zeit, wo er täglich erbricht, ist er sehr herabgekommen.

Pat. ist mager und anämisch. Der Bauch aufgetrieben, Leberdämpfung undeutlich. Plätschern. Ascites.

Bei der Laparotomie wurde der Magen sehr erweitert, voll Narben und ein stark verengter Pylorus gefunden. Gastroenterostomia antecolica Wölfler weit im cardialen Theile des Magens mit Fixation der zuführenden Schlinge hoch am Magen. An den auf der Leber liegenden Dünndarmschlingen werden weiche, traubige Gebilde durch Palpation aufgefunden, daher ein lateraler Schnitt nach rechts bis zum Rippenbogen. Jetzt bemerkt man, dass der Dünndarm mit kugeligen, traubigen Gebilden von Hanf- bis Kleinkirschengröße besäet ist. Diese Gebilde sitzen entweder einzeln an einem kleinen Stiele gegenüber dem Mesenterium oder in kleineren oder größeren Anhäufungen und umgeben dann den Darm fast in der ganzen Peripherie. Die einzelnen Geschwülste sind von röthlicher oder bläulicher Farbe, durchscheinend oder weiß, von leichten Äderchen durchzogen. Unter den Fingern knirschen sie, wie wenn man ein Emphysem tasten würde, — sie sind voll Luft. An einigen Stellen des Dünndarmes an der dem Mesenterium entgegengesetzten Seite finden sich viele längs verlaufende ganz schmale, dendritisch



verzweigte, weiße Narben. Einige Mesenteriallymphdrüsen sind infiltrirt. Eine dieser Geschwülste wurde zur mikroskopischen Untersuchung excidirt.

Das excidirte Stück besteht hauptsächlich aus fibrillärem Bindegewebe, welches durch unzählige, meist runde Höhlen im Durchmesser einer Kapillare bis zu 1 mm durchbrochen ist. Die größeren sind leer, die kleineren mit Blut gefüllt, die Innenfläche meist mit normalen Endothelzellen bedeckt, welche an einigen Stellen hypertrophisch und in 2—3 Schichten gereiht sind; sie haben viel Plasma und einen großen Kern; hier und da ist in ihnen Karyokynese zu sehen. Außerdem sind in Haufen endothelähnliche Zellen und wenig Intercellularsubstanz zu sehen mit 2 oder mehr Kernen. Der kleinere Theil des Gewebes ist nicht fibrillär, sondern besteht nur aus Bindegewebszellen mit wenig Intercellularsubstanz; dieselben sind von einander entfernt und berühren sich nur mit ihren Ausläufern; der Raum zwischen ihnen ist mit Blut ausgefüllt.

Der Verlauf war ganz unregelmäßig. Bis zum 6. Tage erbrach Pat. gallige Flüssigkeit, was auf eine Magenauswaschung aufhörte. Fortwährend Meteorismus, abwechselnd Koprostase und wieder Diarrhöe, hier und da Erbrechen, welches sich auf Magenauswaschungen bessert, Krämpfe im Bauche. Der Pat. verfällt, hat Ödeme der Beine. Tod fast 2 Monate nach der Operation.

Bei der Sektion wurde im Bauche viel trübe, blutige und sulzige Flüssigkeit gefunden, der Darm um den Magen in ein Konvolut zusammengewachsen, während der Unterbauch nur von der obigen Flüssigkeit gefüllt ist. Der Darm ist meist schwärzlich verfärbt, nur unter der Leber einige annähernd normale Schlingen. Der Magen sehr erweitert, die Anastomosestelle kann nur nach Eröffnung desselben von innen aufgefunden werden; Knickung der abführenden Schlinge etwas unterhalb der Anastomose. Von der Pneumatose ist keine Spur mehr aufzufinden. Verf. glaubt, dass die Laparotomie auf dieselbe eingewirkt hat, während der Pat. der Peritonitis erlegen ist.

Der Name Pneumatosis cystoides intestinorum hominis rührt von Hahn her, welcher als der erste einen solchen Fall durch Laparotomie behandelt hat (Deutsche med. Wochenschrift 1899 No. 40). Zuerst wurde die Krankheit im Jahre 1825 von Mayer in Bonn beschrieben, welcher diese Bildungen bei einem sonst gesunden Schweine fand. Bischoff analysirte die darin enthaltenen Gase und fand sie der atmosphärischen Luft ähnlich. Beim Menschen waren diese Bildungen nur an der Scheide und Harnblase fast ausschließlich gravider Frauen bekannt. v. Winckel glaubt, dass sie aus Hämatomen oder Follikeln und Drüschen entstehen; Lebedeff meint, dass sie aus Hämorrhagien entstehen, Chiari und Eppinger, dass die Luft von außen in diese Cysten eindringe, während Bang behauptet, dass durch den Einfluss gigantischer Zellen die Lymphe in Gas umgewandelt wird. Klebs fand 1876 Bakterien, die dieses Gas erzeugen sollen.

Beim Menschen wurde die Krankheit nur einige Male bei der Sektion gefunden, und es ist Hahn's Fall der erste, wo sie bei einer Laparotomie gefunden wurde. Sein 35jähriger Pat. klagte über Magen- und Darmbeschwerden, litt zuerst an Diarrhöen, später an Obstipation. Der Bauch weich, meteoristisch. Rechts von der Mittellinie und unterhalb des Processus xyphoideus eine handtellergroße weiche, elastische, schmerzhafte Resistenz; ähnliche, jedoch kleinere Resistenzen auch an anderen Stellen des Bauches. Überall tympanitischer Schall. Große Magenerweiterung. Durch den Mastdarm werden im Bauche elastische Resistenzen gefühlt.

Bei der Laparotomie werden am Dünn- und Dickdarme lufthaltige Cysten gefunden; da sie radikal nicht entfernt werden können, so wurde eine Menge derselben zwischen den Fingern zerdrückt. Bedeutende Besserung.

Hahn hebt hervor, dass bei dieser Krankheit leicht Ileus auftreten könne, da sich die Cysten in der Muskulatur entwickeln, in Folge dessen diese atrophiren, wodurch die Peristaltik ab- und der Meteorismus zunehme. Er glaubt, dass die Diagnose mit Hinsicht auf den Meteorismus, die weichen, elastischen, tympanitischen Tumoren und auf den nur durch Klysma erzeugenden Stuhl gemacht werden könnte.



Verf. führt noch die Befunde und Erklärungen der Thierärzte (Kitt, Roth) an, woraus wir nur hervorheben, dass bei Schweinen auch die weißen, dendritisch verzweigten Bänder, wie in seinem Falle, gefunden werden.

v. Cačković (Agram).

19) Fertig. Über Achsendrehung des Dünndarmes in Folge von Mesenterialcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 46.)

F. berichtet einen von Braun in Göttingen operirten Fall. Der früher ganz gesunde, 30jährige Mann erkrankte März 1898 plötzlich an krampfartigen Leibschmerzen, die zeitweise wiederkehrten. Seit April wurde eine faustgroße Geschwulst fühlbar, die sehr beweglich war und zeitweise zu verschwinden schien. Kreuzschmerzen, Stuhlträgheit, Abmagerung führten Pat. in die Klinik, wo die Geschwulst als Gasanschwellung über einer Darmverengerung imponirte, übrigens immer in der rechten Körperseite getastet wurde. Bei der Laparotomie wurde eine faustgroße Dünndarmgekröscyste gefunden, deren Entfernung die Resektion von 20 cm zugehörigem Ileum erforderte. Während der Darmnaht (seitliche Apposition) fiel auf, dass der Darm stark cyanotisch wurde. Schlechter Verlauf, Leibschmerz, Brechen, Pulsbeschleunigung, so dass wegen Verdacht auf Darmbrand relaparotomirt wurde. In der That war der Darm brandig, und eine Enterostomie Behufs Entleerung des Darminhaltes vermochte nicht den Tod zu verhüten. Bei der Sektion zeigte sich, dass der Dünndarm um die Gekröswurzel 2mal in der Richtung eines Uhrzeigers gedreht ist. Diese Achsendrehung muss jedenfalls schon vor der Operation »chronisch« bestanden haben; erst durch den Eingriff wurden die Cirkulationsstörungen veranlasst und der Volvulus ein »akuter«.

Man muss als Grund des Vorganges einer solchen Achsendrehung an die große Beweglichkeit der Gekröscysten denken, und F. fand in der Litteratur bereits 5 Fälle verzeichnet, wo er beobachtet ist. 2 derselben sind durch Cystenexstirpation nebst Darmresektion geheilt, der eine, ein 3jähriges Kind betreffend, von Dalziel beschrieben, der zweite, von Sjövall herrührend, bei einem 34jährigen Manne. In 3 anderen Fällen hatte die Gekröscyste durch Druck Ileus bewirkt; 2 dieser Pat. sind gestorben, der 3., 7jähriges Kind, von Colby beobachtet, wurde durch Exstirpation der Cyste geheilt. In F.'s Falle zeigte die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand (Fehlen von Drüsenresten), dass dieselbe wahrscheinlich aus Chylusgefäßen entstanden war.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) Charon et Vervaeck. Obstruction intestinale par arrêt de développement de tout le gros intestin avec ampoule de l'iléon chez un enfant de 5 jours.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. No. 3.)

Verff. machten bei obigem Neugeborenen wegen Afterverschluss den Littre-schen Schnitt. Nach Öffnung der Bauchhöhle präsentirte sich eine mit Meconium prall gefüllte, verschlossene, ampullenförmige Darmschlinge, welche entleert wurde. Man hielt sie für den verschlossenen Mastdarm, es war jedoch das untere Ende des Ileum. Vom Damme aus wurde incidirt, eine Sonde eingeführt, der Douglas geöffnet, das entleerte Ileum herabgeführt und angenäht. Das Meconium floss jetzt ab. Das Kind starb 2 Tage später. Bei der Sektion fand man den engen Dickdarm an beiden Enden geschlossen. Sein oberes Ende lag unter der Leber, es ging von da abwärts, dann quer 11 cm lang nach links hinüber, dann abwärts, um hinter dem Uterus blind zu endigen. Länge des Dünndarmes 1,38 m. Länge des ganzen Dickdarmes 36 cm, Umfang 9 cm, Durchmesser 4 cm, der Proc. vermiformis 6,5 cm lang.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

21) Rochs (Darmstadt). Über einen Fall von Ileus, Laparotomie, Anlegung eines Anus praeternaturalis; später Enteroanastomose vermittels Murphyknopfes.

(Deutsche militärztliche Zeitschrift 1900. April.)

22) Köhler (Berlin). Ileus durch Strangbildung; Laparotomie, Lösung der Stränge. Nach 3 Tagen wieder Ileus; zweite Laparotomie, Ileocolostomie, Heilung.

(Ibid.)

Zwei bemerkenswerthe Fälle von Ileus, die viel Gemeinsames haben, sich aber hauptsächlich durch die Ätiologie von einander unterscheiden. Denn während bei R.'s Fall der Darmverschluss durch eine ringförmige Geschwulst, Gallertkrebs, in 12 cm Länge verursacht war, war er in K.'s Fall durch ein festes rundliches Band bewirkt, so wie durch einige weitere, theils band-, theils flächenförmige Verwachsungen. Beide Male wurde später noch die Enteroanastomose gemacht, einmal mittels des Murphyknopfes, das andere Mal mittels der Naht. Das Endergebnis war in beiden Fällen günstig. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

23) T. R. Crowder. A contribution to the pathology of chronic hyperplastic tuberculosis of the coecum, based upon the study of two cases, in one of which carcinoma of the coecum coexisted.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Juni.)

Der erste der beiden Fälle, von Dr. Morehead behandelt und operirt, betraf ein 14jähriges Mädchen, das nicht tuberkulös belastet war und sonst keine Zeichen von Tuberkulose bot. Abgesehen von kolikartigen, Anfangs selten, in der letzten Zeit häufig, bis mehrmals täglich, auftretenden Schmerzanfällen und Erbrechen bestand eine deutlich abgrenzbare Geschwulst in der Blinddarmgegend; außerdem hochgradige Abmagerung und Kräfteverfall. Stuhlgang immer regelmäßig. Die Operation bestand in Resektion des die Geschwulst enthaltenden Blinddarmes nebst etwa 2 Zoll vom Dünn- und Dickdarme und Entfernung einer Anzahl geschwollener Gekrösdrüsen. Vereinigung der nahezu gleichweiten Darmenden end-to-end mit einer Reihe Lembertnähte. Glatte Heilung. Die sehr eingehende mikroskopische Untersuchung ergiebt mit Sicherheit Tuberkulose, sogar vereinzelte Bacillen.

Besonderes Interesse bietet der 2. Fall, da es sich hier um die Entstehung eines Carcinoms auf einem tuberkulösen Blinddarmgeschwüre handelte. 54jährige Frau ohne tuberkulöse Belastung. 3 Jahre vor ihrem Eintritte in die Abtheilung von Senn waren ihr Geschwülste unbekannter Art aus der linken Brust und Achselhöhle entfernt worden. Im Anschlusse an einen Schlag gegen die rechte Inguinalgegend bildete sich hier ein Abscess, der eröffnet wurde. Es blieb bis zum Tode eine Fistel, die zeitweise fäkulentes Material secernirte. Pat. starb unoperirt. Die Obduktion ergab, dass die Fistel in den tuberkulösen Blinddarm führte, welcher auf dem Boden eines tuberkulösen Geschwürs ein Carcinom trug. In den infiltrirten Gekrösdrüsen fanden sich Tuberkelbacillen. Chronische Lungentuberkulose und Tuberkulose der peribronchialen Drüsen. Amyloid der Milz, chronisch interstitielle Nephritis. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) Rombouts (Königsberg i/Pr.). Über multiple Darmresektionen.

Inaug.-Diss., Königsberg i/Pr., 1900.

Außer 23, aus der Litteratur zusammengesuchten Fällen multipler Darmresektionen beschreibt R. 4 in der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg i/Pr. operirte Fälle gleicher Art in eingehender Weise. Im Ganzen liegen also 27 Fälle vor. Veranlassung zur Operation war je 9mal Darmtuberkulose und bösartige Neubildung, je 2mal Bauchschuss, Kothfistel nach Appendicitis, wiedernatürlicher

After nach eingeklemmtem Bruche, 1mal Blinddarmaktinomykose, 2mal endlich hatte eine Darmfistel vorgelegen, ohne dass die zu Grunde liegende Krankheit hätte erkannt werden können. Gestorben sind im Ganzen 7, von den 9 Fällen v. Eiselberg's keiner; doch blieb bei einem Manne noch eine secernirende Fistel zurück. Was die Art der ausgeführten Resektionen betrifft, so war in 4 Fällen (1 v. Eiselsberg) eine Totalresektion und eine Keilresektion gemacht worden, in 16 Fällen 2 Totalresektionen, in 1 Falle 2 Keilresektionen bis zum Mesenterialansatze (v. Eiselsberg), in 2 Fällen 2 Wandresektionen (1 v. Eiselsberg), in 1 Falle 1 Totalresektion und 4 Keilresektionen (v. Eiselsberg), in 2 Fällen 3 Darmresektionen, in 1 Falle 5 Darmresektionen. Fast in allen Fällen ergab sich erst während der Operation die Nothwendigkeit zu mehrfachen Resektionen. Mehrfach wurde zur Abkürzung der meist zur Operation erforderlichen langen Zeit der Murphyknopf angewendet, doch darf dies aus naheliegenden Gründen nur an der tiefsten Resektionsstelle geschehen. Wegen der längeren Zeitdauer der Operation und Narkose, so wie wegen der längeren Entblößung des Darmes ist an sich die Gefahr der mehrfachen Darmresektion größer, als die der einfachen. Um so nothwendiger ist es, die Darmnaht recht sorgfältig und ohne Anspannung des Mesenteriums anzulegen und den Darm durch umgelegte Gazekompressen recht vollkommen von der Bauchhöhle abzuschließen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

25) **Choux** (Philippeville). Des ruptures de la rate; deux cas nouveaux observés chez des paludéens d'Algérie.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1900. April.)

Die beiden hier beschriebenen Fälle von Milzruptur gingen rasch in Tod aus und fand sich beide Male starke Malariaveränderung der Milz. Während in dem einen Falle ein Fußtritt in das linke Hypochondrium die unmittelbare Veranlassung abgab, wurde im anderen Falle ein Trauma nicht festgestellt, welches den Leib getroffen haben könnte. Auch für das dem Ereignisse unmittelbar vorausgegangene Erbrechen konnte die Sektion keine Ursache nachweisen, so dass es zweifelhaft bleiben muss, ob es etwa die Ruptur bewirkt hat oder die Folge derselben gewesen ist. Jedenfalls kommen Rupturen wohl nur an erheblich veränderten Milzen vor. Die Splenektomie wird nur selten möglich sein, da der Tod zu rasch eintritt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) **A. Jeanneret.** Obstruction des voies biliaires. Laparotomie. Guérison.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1900. No. 2.)

Die 37jährige Pat. erkrankte, angeblich in Folge eines heftigen Ärgers, an einem Ikterus, der von einer 9 Monate nach der Erkrankung beginnenden, stetig zunehmenden Hypertrophie der Leber, consecutivem Ascites und einer fast bis zum Tode führenden Kachexie gefolgt war. Es musste sich im vorliegenden Falle um eine langsam zunehmende Verstopfung der Gallenwege (Ductus hepaticus, choledochus) handeln. In Anbetracht der besorgniserregenden Erscheinungen (10 Monate nach der Erkrankung) Laparotomie. Die Leber zeigt sich um das Doppelte des Volumens vergrößert, die Gallenblase atrophisch und nach hinten fixirt, ein erweiterter Gallengang (Choledochus?), in welchem sich Konkremente finden. Nachdem sich Cholecysto-Jejunostomie unmöglich erwiesen, wurden die Konkremente mit den Fingern zerdrückt und längs des Gallenganges weggestrichen. Eine Neubildung seitens der benachbarten Organe nicht vorhanden. Nach diesem Eingriffe volle Genesung, die Leber kehrt zur Norm zurück. Der Ascites hatte sich noch 3mal, jedes Mal eine Punktion benöthigend, gebildet. Ätiologisch ist noch hervorzuheben, dass Pat. entgegen ihrer Aussage ein sehr fest geschnürtes Korsett trug. **Kronacher** (München).

27) **S. Hart.** A report of twenty-eight cases of suppurative hepatitis.
(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Die in Tabellenform mitgetheilten Krankengeschichten stammen aus einem Zeitraume von 20 Jahren. Die Eingangspforte der Infektion war in 17 Fällen die Pfortader (ulcerative Colitis oder Appendicitis, schwere Enteritis, Ulcus ventriculi), in 3 Fällen die Arteria hepatica (Theilerscheinung einer allgemeinen Pyämie oder puerperaler Sepsis, wobei allerdings eine Infektion durch die Pfortader nicht auszuschließen war), in 2 Fällen die Gallenwege (lithogener Choledochusverschluss).

Hinsichtlich der Symptome ist zu bemerken, dass Ikterus nur 6mal beobachtet wurde, und zwar in Fällen von multiplen Abscessen oder verhältnismäßig kleinen solitären. H. führt dies Symptom nicht auf Zerstörung von Leberparenchym, sondern auf Verschluss von Gallengängen durch Druck von außen oder entzündliche Schwellung zurück. — Auffallend ist, dass nur 2mal der als charakteristisch angesehene, in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerz beobachtet wurde.

8 Pat. wurden moribund eingeliefert, bei 6 weiteren war die Operation aus verschiedenen Gründen kontraindicirt, oder Pat. verweigerte dieselbe, 14 wurden operirt. 2 Patt. wurden durch die Operation gerettet, einer genas spontan nach Durchbruch des Abscesses in einen Bronchus, die übrigen starben. Todesursache war 16mal allgemeine Sepsis, 6mal allgemeine Peritonitis (einmal nach zweizeitig ausgeführter Operation, indem ein heftiger Hustenstoß die noch zarten Verwachsungen sprengte), 2mal septische Endokarditis, 1mal septische Pneumonie. In drei Fällen war primär, in 4 sekundär wegen der hohen Lage des Abscesses eine Rippenresektion nothwendig. — Die Größe der solitären Abscesse schwankte zwischen $^3/_4$ Zoll Durchmesser bis zur Ausfüllung des ganzen rechten Leberlappens.

R. v. Hippel (Dresden).

28) **H. Maasland.** Bijdrage tot de behandeling van in den darm doorgebroken leverabscessen.
(Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Verf. beschreibt einen Fall von Leberabscess, mit Durchbruch ins Colon komplicirt, den er in Batavia zu behandeln Gelegenheit hatte.

Obwohl dieser Durchbruch vor der Operation nicht diagnosticirt war, so folgert Verf. aus dem Umstande, dass der Eiter bei der Öffnung des Abscesses mittels Resektion der 10. Rippe in der rechten Axillarlinie unter sehr niedrigem Drucke erst, nachdem Pat. auf seine rechte Seite gelagert war, ausfloss, seine Anwesenheit schon vor dem Eingriffe. Wie dem auch sein mag, 24 Stunden nach der Operation wurde beim Verbandwechsel neben Eiter auch Koth in der Wundhöhle vorgefunden.

Seine Bedeutung erlangt aber dieser Fall erst durch die weiter nothwendig gewordene Behandlung. Bald nach der eingetretenen Besserung durch die Eiterentleerung verschlimmerte sich nämlich der Zustand wieder sehr, was folgerichtig der immer fortwährenden Beschmutzung der Wunde mit Kothmassen zugeschrieben wurde. — Um der üblen Wendung vorzubeugen, wurde desshalb der Entschluss gefasst, centralwärts einen Anus praeternaturalis anzulegen. Dazu wurde eine Dünndarmschlinge in der Nähe des Coecums gewählt. Und wirklich zeigte danach die allmähliche Verkleinerung der Wundhöhle und Besserung des Allgemeinzustandes, dass das erhoffte Ziel erreicht war.

Jetzt aber bestand ein widernatürlicher After mit all seinen Übelständen, besonders mit heftigem Ekzem. Versuche, diesen mittels Enterotom zum Verschlusse zu bringen, nachdem auch das Loch zwischen Colon und Abscesshöhle, wie mittels Wasserirrigationen zu erkennen war, sich geschlossen hatte, scheiterten, wesshalb Pat. nach Holland geschickt und von Prof. Rotgans durch Darmresektion definitiv geheilt wurde.

Auf die Erfahrung bei diesem Falle sich stützend will Verf. die Öffnung im Darme als eine ernste Komplikation angesehen wissen. Es ist aber gewiss nicht

zu bezweifeln, dass es Fälle giebt, wo die Eiterentleerung durch den Darm (es handelte sich hier immer um den Dickdarm), eben so wie durch die Lungen eine günstige Wirkung ausübt, ja in einigen Fällen zur Heilung führen kann. Von der Beschaffenheit und Lage der Öffnung wird es natürlich in hohem Maße abhängen, in wie weit nicht allein Eiter entleert, sondern auch Koth eingeführt wird. Man vergegenwärtige sich hier die Verhältnisse bei der Cholecystenterostomie.

In einer Anmerkung macht Verf. bei Gelegenheit der Probepunktion darauf aufmerksam, dass diese auch in der Lebergegend nicht immer unschädlich ist. Bei einer Frau, unter Fieber erkrankt mit Vergrößerung von Milz und Leber, folgte eine Stunde, nachdem 5 Punktionen mit mäßig dickem Trokar in der Vorderseite ober- und unterhalb des Rippenbogens gemacht waren, der Tod, wie die Autopsie nachwies, durch Verblutung. Es wurde nämlich ein größeres Blutcoagulum zwischen Perit. parietale und Leberoberfläche nachgewiesen, das, Angesichts der Thatsache, dass die herausgenommene Leber gar nicht so groß sich zeigte, wie nach der klinischen Untersuchung erwartet wurde, und obwohl die Stelle, woraus das Blut entstammte, nicht aufgedeckt werden konnte, als aus der wenig vergrößerten, weichen, übrigens nicht veränderten Leber entstammend gedeutet wurde. Ob auf die Möglichkeit einer Arterienverletzung im Omentum oder in den Bauchdecken Rücksicht genommen ist, wird vom Verf. nicht betont. **G. T. Walter** ('s Gravenhage).

29) M. Péraire. Des polypes fibreux intermittents du rectum.

(Revue de chir. 1900. No. 6.)

P. berichtet in der Abhandlung über obiges Thema auch über einen eigenen Fall von fibrösen Polypen des Mastdarmes, den er bei einer 38jährigen Frau beobachtete. Die Geschwulst hatte die Form und Größe einer großen Tomate, einen 3 cm langen und fast $2^1/_2$ cm dicken Stiel, dessen Gefäße ziemlich stark waren; an der Schleimhautoberfläche des Polypen waren zahlreiche hypertrophische Papillen. Die Geschwulst fiel zeitweise durch den After vor und machte der Frau große Beschwerden. Bei der Operation bildete P. von der Schleimhaut des Stieles einen V-förmigen Lappen, den er nach Abtragung des 350 g schweren Polypen über den Stumpf nähte. Heilung. **Kramer** (Glogau).

30) H. Braun. Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 183.)

B. veröffentlicht einen neuen Fall der von ihm und Perthes in letzter Zeit bekannter gemachten Verletzung durch Rumpfkompression, welcher, tödlich geendet, durch die Ergebnisse der Sektion Interesse bietet, klinisch aber die Resultate der früheren Beobachtungen bestätigt. Die Verletzung betraf einen 45-jährigen Bergmann, der in einem Förderschachte, als er sich mit dem Rumpfe über den stillstehenden Fahrstuhl herausbeugte, von der sich in Bewegung setzenden Maschine auf einen Moment zwischen Fahrstuhlkante und einen Eisenbalken eingeklemmt war. Der Mann zeigte die für solche Fälle charakteristische Gedunsenheit und hämorrhagisch-hyperämische Verfärbung an Gesicht und Hals und konnte nicht sehen. Sehr schneller, schlechter Puls. Tod ca. 30 Stunden nach dem Unfalle. Bei der Sektion fanden sich, außer den tödlich gewordenen inneren Verletzungen, vielfachen Rippenbrüchen, Rissen in der Milz und Leber, Zerreißung einer Nierenarterie: punktförmige Blutungen in der Nasenschleimhaut, auch in den Nasennebenhöhlen, hämorrhagische Infiltrationen am Boden der Mundhöhle, im Halszellgewebe, in den Schläfenmuskeln, im orbitalen Fettgewebe beiderseits, doch keinerlei Blutungen im Gehirne und Rückenmarke.

B. schlägt vor, die Verletzung mit dem von ihm gebrauchten Namen zu belegen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. **Sonnabend, den 22. September.** **1900.**

Über die Wirkung des Chirols.

Von

R. Kossmann in Berlin.

Seit ich in No. 22 dieses Blattes »Über ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols« berichtet habe, sind 2 kritische Artikel über denselben Gegenstand von Evler[1] und von R. Schäffer[2] veröffentlicht worden.

Zu ersterem will ich zunächst bemerken, dass das Chirol keine Harzkollodiumlösung ist, dass es nicht beansprucht, antiseptisch zu sein, und dass es nicht bestimmt ist, eine Händesterilisation zu »improvisiren«, sondern lediglich, dieselbe zu vervollständigen. Aus diesem Grunde treffen die Einwände, die Evler gegen sein

[1] Evler, Antiseptische Harzkollodiumlösungen und Improvisiren der regelrechten Händedesinfektion, in: Fortschritte der Medicin 1900. Bd. XVIII. No. 23.

[2] R. Schäffer, Über Chirol. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 31.



eigenes und andere ähnliche Präparate erhebt, natürlich nicht ohne Weiteres auf das Chirol zu. Gegen dieses selbst erhebt er (p. 447) nur den Einwand, es lasse Schweiß durch; und da der Schweiß, wie er uns vorher ins Gedächtnis gerufen hat, Bakterien aus den Drüsen der Haut herausschwemmt, so ist damit seiner Ansicht nach dem Chirol das Urtheil gesprochen.

Demgegenüber muss ich nun zunächst bemerken, dass ich bei den Versuchen an mir selbst niemals eine Schweißdurchlässigkeit des Chirols hatte beobachten können. Die Behauptung Evler's veranlasste mich jedoch, noch folgenden Versuch anzustellen. Ich inficirte (13. Juni 1900) 2 Finger mit einer Pyocyaneuskultur, die ich mit einem trockenen Tuche energisch verrieb. Die so inficirten Fingerspitzen drückte ich in »Krallenstellung« (als Kontrollimpfung) in eine Agarplatte[3]. Sodann überzog ich sie mit Chirol, ließ dieses trocknen und streifte nun Gummifingerlinge über beide Finger. Ich bin dann mehrere Stunden in meiner Klinik thätig gewesen und habe u. A. bei einer Frühgeburt Beistand geleistet. Demnächst habe ich beide Fingerlinge so abgestreift, dass die Innenfläche nach außen kam; Feuchtigkeit war nicht daran zu merken. Ich drückte nun sofort beide Fingerspitzen und beide Fingerlinge ebenfalls in die mit der Kontrollimpfung versehene Agarplatte und stellte diese in den Brutschrank bei einer Temperatur von 36° C. Nach 24 Stunden waren die Kontrolleindrücke mit Kulturen übersäet, die anderen 4 vollständig steril.

Es mag gleichwohl sein, dass unter ungünstigen Bedingungen ein ungünstigeres Resultat erzielt wird, das den Evler'schen Einwand rechtfertigt. Ich habe eine sehr trockene Hand, die kaum jemals sichtbar oder fühlbar schwitzt; es giebt Personen, die weit mehr zur Schweißbildung an den Händen disponirt sind. Immerhin schwitzen meine Hände im Gummihandschuh sonst ebenfalls. Ich denke mir aber, wenn vielleicht schon, bevor der Chirolüberzug trocken geworden ist, eine einigermaßen erhebliche Schweißabsonderung unter ihm zu Stande kommt, mag das wohl zur Bildung von Blasen und zu deren Platzen führen. Es dürfte sich also für Ärzte, die stark an den Händen schwitzen, empfehlen, diese vor dem Chirolbade noch in Alkohol und Äther zu tauchen und dann ein möglichst rasches Trocknen des Chirols durch genaueste Befolgung der Gebrauchsanweisung zu begünstigen.

Dies letztere hat leider R. Schäffer, entgegen seiner ausdrücklichen Versicherung, nicht gethan. Während ich ein Eintauchen der Hand in die Lösung für »wenige Sekunden« vorgeschrieben hatte, hat er sie einmal $^1/_2$ Minute, einmal $^3/_4$ Minuten darin gehabt. Er hat in

---

[3] Ich habe geglaubt, mich mit dieser Methode überhaupt begnügen zu sollen. Würde man mit einem zerbrochenen Hölzchen auf dem Chirolüberzuge kratzen, so würde dieser gewiss gelegentlich durchrissen werden. Ich kann nicht daran denken, dem Mittel eine absolute Widerstandsfähigkeit gegen derartige ungewöhnliche Insulte zu vindiciren.



Folge dessen 8—10 Minuten statt 2—3 Minuten für das Trocknen des Überzugs nöthig gehabt, d. h. dieser ist viel zu dick geworden. Ein solcher dicker Überzug besitzt (abgesehen von dem Übelstande des langsamen Trocknens) wohl etwas weniger Dehnbarkeit, als der vorschriftsmäßig hergestellte, und reißt eher einmal. Gleichwohl ist Schäffer's Behauptung, es »genüge ein einfaches mehrmaliges Reiben der Fingerbeeren, um große Partien derselben des Häutchens zu berauben; auch ein einfaches Gegendrücken der Finger gegen ein Handtuch lasse die unbedeckte Haut zum Vorscheine kommen«, durchaus irrig. Schäffer meint zwar, »man erkenne dies ohne Mühe und völlig unzweideutig einmal an dem Rauhwerden, d. h. Abschilfern der geriebenen Flächen und ferner daran, dass die in der Nachbarschaft glänzende Oberfläche des Häutchens an diesen Stellen dem rauhen Aussehen der normalen Haut Platz gemacht hat.« Aber diese Ansicht Schäffer's ist ebenfalls irrig. Wie bei jedem Lackanstriche beweist das Rauhwerden oder Blindwerden der Oberfläche ganz und gar nicht einen Defekt; und es giebt natürlich beim Trocknen des Chirolüberzugs ein Stadium, in welchem er zwar nicht mehr klebt, aber doch noch weich genug ist, um durch Gegendrücken eines Handtuches seine Politur zu verlieren. Jeder, der ein Möbel oder dgl. mit Schellackpolitur überzieht, kann meine Angabe leicht verificiren. Dass der Chirolüberzug, wenn einmal trocken, selbst durch weit energischere Manipulationen nicht entfernt werden kann, würde auch Schäffer gefunden haben, wenn er meinen Versuch mit gefärbtem Chirol korrekt wiederholt hätte. Aber auch bei dieser Wiederholung hat er eine Abweichung von meinen Angaben begangen, die einen Misserfolg herbeiführen musste. Während ich Chirol angewandt hatte, »das mit spirituslöslichem Anilinblau gefärbt war«, nimmt er an, ich hätte »das Chirol durch alkoholische Anilinblaulösung gefärbt«, und macht seinen Versuch ebenfalls mit einer so gefärbten Chirollösung. Nun verträgt aber das Chirol durchaus nicht den Zusatz von Alkohol, ohne seine Eigenschaften erheblich zu ändern; also beweist Schäffer's Versuch gar nichts gegen den meinigen. Ein mit trockenem spirituslöslichen Anilinblau gefärbtes Chirol färbt die menschliche Haut überhaupt nicht, und damit entfällt die Begründung alles dessen, was Schäffer über die diffuse Blaufärbung der Haut selbst, die ein scharfes Erkennen der Abschilferung verhindern solle, gesagt hat.

Es bleibt endlich eine Würdigung des bakteriologischen Versuches, den Schäffer angestellt hat, nöthig.

Der ungünstige Ausfall dieser seiner Versuche beweist gegen die Brauchbarkeit des Chirols aus 2 Gründen ebenfalls gar nichts. Erstens hatte Schäffer, wie er berichtet, die Hände $^3/_4$ Minuten, also 45 Sekunden, statt, wie ich vorgeschrieben, wenige Sekunden oder, wie die Gebrauchsanweisung der Fabrik verlangt, etwa 15 Sekunden in die Chirollösung getaucht. Damit werden schon ganz andere Wirkungen erzielt, als bei dem vorschriftsmäßigen Verfahren.

Die Schicht wird dicker; sie trocknet weit langsamer, so dass vielleicht selbst 15 Minuten nicht dazu genügen; sie ist dann nicht so dehnbar, reißt und springt leichter, und vielleicht kann inzwischen sogar eine Schweißbildung an der Hautoberfläche vor sich gehen, die das Häutchen abhebt, ehe es recht fest geworden ist. Sodann aber hat Schäffer den Finger mit dem Chirolüberzuge in 50° C. warme Agarlösung getaucht und auch damit Verhältnisse geschaffen, für die ich die Anwendung des Chirols gar nicht bestimmt hatte. Der Chirolüberzug hat beim Operiren einer Temperatur von 37° Widerstand zu leisten, aber nicht einer solchen von 50°. Dass ein Harzüberzug, der bei 37° noch vollkommen fest ist, bei 50° weich werden kann, versteht sich von selbst; eben so, dass bei dieser Temperatur eine abnorme Schweißbildung eintreten und zur Abhebung des erweichten Häutchens führen kann. In dieser Hinsicht mag erwähnt werden, dass bei einem Versuche in einem 45° warmen Trockenraume der Riedel'schen Fabrik ebenfalls eine Blasenbildung in dem Chirolüberzug beobachtet wurde, bei niedrigerer Temperatur aber nicht.

Dem aus den angeführten Gründen meines Erachtens unmaßgeblichen bakteriologischen Versuche Schäffer's will ich nun eine kleine Reihe eigener gegenüberstellen, die bei wechselnden Sommertemperaturen (Juni 1900) ausgeführt wurden; die Finger wurden dabei nur 6—8 Sekunden in die Lösung getaucht, und der Überzug trocknete stets vollständig in 2—3 Minuten.

I. Versuch am 3. Juni 1900.

(Ringfinger und kleiner Finger der linken Hand, Kossmann, mit Pyocyaneus inficirt, mit Leinwandlappen bis zur Trockenheit eingerieben; Chirol B (Ringfinger) und Chirol C (kleiner Finger).

1 und 2, Abdruck beider Fingerbeeren in einer Petrischale mit Agar, vor Anwendung des Chirols.

3 und 4 dessgleichen nach Herstellung des Chirolüberzuges.

5 » 6 » nach dreimaligem } Abschleifen der Fingerbeere mit
7 » 8 » nach zwölfmaligem } matter Glasscheibe.

(Die mattgeschliffene, in der Gasflamme sterilisirte Glasscheibe wurde jeweils in einer Länge von $2^1/_2$ cm so kräftig, dass ein knirschendes Geräusch entstand, über die Fingerbeere gezogen.)

Die Petrischale wird 24 Stunden in Zimmertemperatur (bis zu 22° C.), dann 24 Stunden im Brutschranke bei 36° C. gehalten. Nur die Kontrollimpfungen 1 und 2 gingen an, 3—8 sämmtlich vollständig keimfrei.

II. Versuch am 3. Juni 1900

(wie Versuch I, nur wurde Chirol A und Chirol C angewandt [Chirol C ist das im Handel befindliche, das auch Schäffer benutzt hat]).

1 und 2 Kontrollimpfung vor Anwendung des Chirols.
3 » 4 Impfung nach Anwendung des Chirols.
5 » 6 » » dreimaligem Abschleifen mit Glas.
7 » 8 » » zwölfmaligem, sehr kräftigem Abschleifen mit Glas.
9 » 10 » » Abschleifen mit steriler Feile.

Nach 23stündigem Aufenthalte der Petrischale im Brutschranke bei 36° C. sind die Fingereindrücke 1 und 2 mit Pyocyaneuskulturen übersäet, 3—10 vollständig keimfrei.

III. Versuch am 8. Juni 1900.

(Ring- und kleiner Finger der linken Hand des Herrn Dr. Gutbrod mit Pyocyaneus, wie in I und II inficirt, beide nur mit Chirol C behandelt.)

1 und 2 Kontrollimpfung vor Anwendung des Chirols.
3 » 4 Impfung nach Anwendung des Chirols.
5 » 6 » » sechsmaligem Schleifen mit mattem Glase.
7 » 8 » » weiterem sechsmaligem Schleifen mit Glas.
9 » 10 » » Anwendung der Feile.

Nach 23stündigem Aufenthalte der Schale im Brutschranke bei 37° C. sind die Kulturen von den Fingereindrücken 1 und 2 oberflächlich bis zur Mitte der Schale und, in Folge Reißens der Agarschicht, an der dem Glase zugewandten Fläche hingewuchert. Der Fingereindruck 3 ist mit Pyocyaneus inficirt, wahrscheinlich von dem Risse aus. Der Fingereindruck 4 ist von 1 und 2 her überwachsen. In 5, 6, 8 und 9 finden sich milchweiße Kulturen eines viel größeren, mit Pyocyaneus sicher nicht identischen Bacillus. 7 ist ganz steril geblieben. Über 10 fehlt in den Aufzeichnungen meines Herrn Assistenten eine Notiz; jedenfalls enthielt der Eindruck aber auch keine Pyocyaneuskultur.

IV. Versuch am 10. Juni 1900.

(3 Finger, Kossmann, nach Infektion mit Pyocyaneus mit Chirol A, B und C behandelt.)

1 und 2 Kontrollimpfung ohne Chirol (wird bei dem 3. Finger nicht vorgenommen, um dem Einwande vorzubeugen, dass der Finger bei der Kontrollimpfung alle Bacillen abgegeben haben könnte).
3, 4 und 5 Impfung nach Anwendung des Chirols.
6, 7 » 8 » » sechsmaligem Schleifen mit Glas.
9, 10 » 11 » » zwölfmaligem Schleifen mit Glas.
12, 13 » 14 » » Anwendung der sterilen Feile.

Nach 24stündigem Verweilen im Brutschranke bei 37° C. sind 1 und 2 mit Pyocyaneuskulturen übersäet, 3—14 sämmtlich vollkommen steril.

Schließlich wurde noch folgender Versuch gemacht, um auch bezüglich des von Schäffer verwandten B. prodigiosus das Chirol auf seine angebliche Durchlässigkeit bei stärkerer Anregung der Schweißbildung zu prüfen:

V. Versuch am 5. September 1900, Vormittags 10 Uhr. Der linke Ringfinger (Kossmann) wird auf eine etwa 4 mm im Durchmesser messende frische Kultur von B. prodigiosus gedrückt und diese auf dem letzten Fingergliede kräftig verrieben. Dann wird die Fingerspitze (bei 1, siehe umstehende Photographie) in eine mit Glycerinagar ausgegossene Petrischale gedrückt. Hierauf wird der Finger 10 Sekunden lang in ein Glas mit Chirol C (der auch von Schäffer benutzten Mischung) getaucht. Nach 2 Minuten dauerndem Trocknen wird die Fingerspitze bei 2 in dieselbe Schale gedrückt. Sodann wird ein ausgekochter Gummifingerling über den Finger gestreift und dieser 5 Minuten lang in Wasser von 40° C Wärme getaucht. Endlich wird der Gummifingerling so, dass er sich umstülpt, vom Finger gezogen, seine frühere Innenseite (bei 3) kräftig auf das Agar gedrückt und endlich auch der Finger selbst (bei 4) nochmals in Krallenstellung in den Nährboden gepresst. Die Platte wird dann bei 38° C. bis zum 6. September Vormittags 10 Uhr im Thermostaten gehalten.

Wie die umstehende Photographie zeigt, war der Kontrolleindruck bei 1 mit Kulturen übersäet, die anderen 3 Eindrücke völlig steril geblieben. Entweder lässt also der Chirolüberzug überhaupt keinen Schweiß durch (wofür das Fehlen sichtbarer Feuchtigkeit an der

Innenseite des Gummifingerlings sprach), oder er filtrirt ihn so, dass die Bacillen nicht mit hindurchgehen.



Ich meine, auch der skeptischste Kollege wird aus diesen Versuchen die Folgerung ziehen, dass die Anwendung des Chirols mindestens eine nicht unwesentliche Verbesserung der heutigen Methoden zur Sterilisation der Hände darstellt, und dass die daran geübte Kritik theils (Evler) eine allzu theoretische, theils (Schäffer) eine auf unrichtiger Versuchsanordnung begründete gewesen ist.

Ich selbst bin weit entfernt von einer Übertreibung der Vorzüge meines Mittels. Ich gebe gern zu, dass bei abnormer Schweißsekretion oder abnorm hoher Lufttemperatur eine Durchlässigkeit des Überzuges eintreten mag. Ich bin ferner überzeugt, dass bei langdauernden, sehr angestrengten Manipulationen schließlich Defekte in dem Überzuge entstehen werden. Das Alles kann aber doch nicht in Frage stellen, dass eine zuvor nach anderen zweckmäßigen Methoden behandelte Hand durch nachfolgende Herstellung des Chirolüberzuges noch ganz wesentlich unschädlicher gemacht wird. Für die praktischen Verhältnisse dürfte selbst ein feiner Riss in dem Chirolüberzuge einer vorher sterilisirten Hand fast bedeutungslos sein, eben so wie ein mikroskopisches Schweißtröpfchen, selbst wenn es ein paar Bacillen mitführen sollte. Für die Fälle aber, wo entweder die ungepflegte Hand des niederen Heil- und Hilfspersonals oder die Kostbarkeit der Zeit (wie im Kriege)

eine einigermaßen gründliche Reinigung der Hände ganz fragwürdig gestalten, würde das Chirol schon allein durch die Abschließung der Unternagelräume und Nagelfalze und die Füllung etwa vorhandener Schrunden überaus segensreich wirken.

Doch weise ich auf diese allermindeste Wirkung nur die skeptischsten Pessimisten hin. Ich selbst bin nach den mitgetheilten bakteriologischen Versuchen überzeugt, dass selbst die stark inficirte Fingerbeere durch das Chirol für geraume Zeit unschädlich gemacht wird.

Für die praktische Anwendung erlaube ich mir noch einige Bemerkungen:

1) Das Chirol wird jetzt von der Fabrik in einer syrupartigen Konsistenz, zur Verdünnung mit Äther bestimmt, geliefert.

2) Bei raschem Eingießen, zumal in etwas warme Gefäße, moussirt die Lösung etwas. Taucht man nun die Hand ein, so lange das Moussiren noch dauert, so enthält der Überzug natürlich auch feine Bläschen und wird leicht undicht.

3) In der richtigen Verdünnung muss der Überzug, der durch höchstens 10 Sekunden währendes Eintauchen hergestellt ist, spätestens in 3 Minuten völlig trocken sein. Ist die Lösung durch Verdunsten des Äthers zu dickflüssig geworden, so dass sie langsamer trocknet, so muss Äther zugesetzt werden.

4) Es ist richtig, dass, wie Schäffer bemerkt, auf einem stark behaarten Handrücken etwas mehr Lösung haftet, so dass hier das Chirol zu langsam trocknet. Da die völlige Sterilisirung eines solchen starken Haarwuchses auch bei jeder anderen Methode sehr erschwert ist, dürfte sich fragen, ob Chirurgen nicht gut thun, ihn zu entfernen.

5) Wer leicht an den Händen schwitzt, wird gut thun, die Hand nach dem Sterilisiren noch in Alkohol und schließlich in Äther zu baden und durch Verdunsten des letzteren zu kühlen, bevor er sie in das Chirol taucht; auch sonst ist das vorgängige Eintauchen der Hand in Äther nützlich zur Verhütung von Bläschen im Überzuge.

Wer diese Regeln beobachtet und nicht verlangt, dass der Chirolüberzug allen abnormen mechanischen und Temperaturinsulten gegenüber unverletzlich ist, wird, wie ich glaube, von dem Präparate durchaus befriedigt sein.

---

1) **H. Noesske.** Eosinophile Zellen und Knochenmark, insbesondere bei chirurgischen Infektionskrankheiten und Geschwülsten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 211.)

N. berichtet in seiner außerordentlich fleißigen, 59 Seiten starken, in dem chirurgisch-poliklinischen Institute der Universität Leipzig ausgeführten Arbeit über seine in einem Zeitraume von 3 Jahren gepflogenen eingehenden Studien über die eosinophilen Zellen. Die



Untersuchungen erstrecken sich nicht nur auf eine große Anzahl von Experimenten — an Versuchsthieren, zum Theil aber auch am eigenen Leibe —, sondern auch auf Eingeweide tuberkulöser Schlachtthiere, so wie auf sehr zahlreiche Operationspräparate der Poliklinik. Hierzu kommt die Durcharbeitung und Heranziehung der einschlägigen weitläufigen pathologischen und hämatohistologischen Litteratur (zum Schlusse auf 7 Seiten zusammengestellt), so dass N.'s Werk als sehr bedeutsame Leistung hervorzuheben ist.

Anregung zu den Untersuchungen gaben gewisse Befunde bei den von Prof. Friedrich zusammen mit N. unternommenen Tuberkuloseinfektionsversuchen. Es handelt sich um Stellen an inficirten Organen (besonders Nieren), wo der Tuberkelbacillus eine strahlenpilzähnliche Wuchsform zeigte (vergl. die kurze Notiz d. Bl. 1899, p. 1280), und wo auch eine auffällige, sonst noch nicht beschriebene Anhäufung von eosinophilen Zellen und Granulis gefunden wurde. Fehlten die Strahlenbildungen, so fehlten auch die erwähnten Zellen und Granula, so dass beide von einander abhängig und die Zellenanhäufung als ein Reaktionsvorgang erschienen. Bei tuberkulöser Impfung von Kaninchen in die Rückenmuskulatur fanden sich in den die Nekrosenherde umgebenden Muskelfasern ferner sehr reichliche eosinophile Infiltrate, förmliche Abscesse, doch nur in den ersten Stadien der Infektion. Am eigenen Körper fand N. den Befund bestätigt, als er sich in die Cutis des Armes eine Injektion sterilisirter Tuberkelbacillenkultur machte: Die excidirten Hautstückchen zeigten auf diese Reaktion eosinophiler Zellen. Die Reaktion scheint nur dann zu Stande kommen zu können, wenn der Körper noch Widerstandskräfte besitzt. Sie fehlte, wenn die letzteren erschöpft waren. Die eosinophilen Infiltrate fehlten bei Staphylokokken- und Streptokokkeninjektionen bezw. bei den durch sie bedingten experimentellen Pyämien, und ebenfalls wurden nur sehr spärliche eosinophile Zellen gefunden an den Eingeweiden wegen Miliartuberkulose im Schlachthause getödteter Kälber und Schweine, dessgleichen in den Leichenorganen von an septischen und pyämischen Processen gestorbener Pat. Über den bald reichlichen, bald spärlichen Gehalt an den fraglichen Zellen bei menschlichen Operationspräparaten gaben eingehende Zusammenstellungen Auskunft. Diese Zellen fehlten oder waren doch spärlich einerseits bei fieberhaften Entzündungsprocessen, eitrig infiltrirten Infektionsgeschwülsten, ulcerirten Neoplasmen etc.; andererseits bei Geschwulstbildungen, die überall von der Körperfläche überdeckt und abgeschlossen waren. Sie waren reichlich dagegen bei Geschwulstbildung auf Schleimhäuten und erschienen um so reichlicher, als eine Schleimhaut schädlichen Insulten entzündlicher Natur ausgesetzt war. Reichlich treten sie auch bei Neubildungen auf, wenn diese zu ulceriren beginnen. Auch hierdurch scheint bestätigt, dass die eosinophilen Zellen die Rolle von Schutzelementen gegen bakterielle Invasion zu spielen haben: sie bilden eine Reaktion des sich gegen Entzündung wehrenden Organismus.

Ist hiermit die wichtige biologische Bedeutung der Eosinophilen dargethan, so gebührt auch dem Knochenmarke, in dem nach Ehrlich und anderen Forschern die einzige Ursprungsstelle dieser Zellen zu suchen ist, dem entsprechende Würdigung. Die Metschnikoff'sche Theorie, dass die Zellen diese ihre baktericide oder immunisirende Funktion durch Phagocytose erfüllen, ist nicht mehr haltbar, sondern wohl anzunehmen, dass die granulirten Leukocyten als Sekretionsorgane anzusehen sind, deren Granula an die Umgebung abgegeben werden und wohl auch auf das Serum specifisch ändernd einwirken. Man könnte desshalb, wie N. andeutet, wie das Serum auch das Knochenmark in gleichem Sinne auf seine Immunisirungsfähigkeit bei Infektionskrankheiten eingehenderen Prüfungen unterziehen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **A. van Gehuchten.** La rage.

(Ann. de la soc. méd. et de chir. d'Anvers 1900. März-April.)

Van G. ist es gelungen, in den cerebralen Ganglien besonders des Vagus und Trigeminus, in den spinalen und in den Ganglien des Sympathicus charakteristische, bisher nicht beschriebene Veränderungen zu finden, welche es ermöglichen, innerhalb kürzester Zeit durch mikroskopische Untersuchung festzustellen, ob ein Mensch, Hund, Kaninchen u. A. an der Wuth zu Grunde gegangen sind. Die Veränderungen bestehen in einer vollständigen Zerstörung der Nervenzellen, an deren Stelle ein neues Gewebe entzündlicher Natur tritt. Vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege aus ist diese neue Entdeckung sehr zu begrüßen. Aber sie dürfte auch dazu führen, weit besseres Serum herzustellen und sowohl prophylaktisch zu wirken, als die schon ausgebrochene Wuth des Menschen zu bekämpfen. Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen. So z. B. weiß van G. noch nicht, ob man bei den allerersten Erscheinungen der Wuth die beschriebenen Veränderungen schon genügend ausgesprochen findet. Wuthverdächtige Thiere soll man desshalb nicht sofort tödten, sondern mindestens einige Tage leben lassen, um sichere Veränderungen zu finden. 6 Abbildungen im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

3) **E. Calderon** (S. Francisco). Ether narcosis by de rectum.

(Pacific med. journ. 1900. p. 161.)

Die von Pirogoff schon 1847 empfohlene Anwendung des Äthers als Anaestheticum vom Mastdarme aus hat immer noch wenig Anhänger unter den Chirurgen gefunden. Und dennoch ist sie sehr vortheilhaft bei Operationen am Kopfe und Halse, so wie in allen Fällen von Lungen- und Herzaffektionen. Dagegen ist sie nicht anwendbar bei Laparotomien, Operationen an den unteren Gliedmaßen und bei Vorhandensein von Krankheiten des Darmes. Der benöthigte Apparat besteht im Wesentlichen aus einem Heißwassergefäße, in

welchem eine Ätherflasche mit Schlauch und Mundstück für den Mastdarm befestigt ist. Am Abend vor der Operation ist ein Reinigungsklystier zu geben und 2 Stunden vor derselben zu wiederholen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

4) **Krönig** und **Blumberg**. Vergleichende Untersuchungen über den Werth der mechanischen und Ahlfeld'schen Alkoholdesinfektion gegenüber der Desinfektion mit Quecksilberverbindungen, speciell dem Quecksilberäthylendiamin. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 29 u. 30.)

Das Ergebnis der Untersuchungen ist kurz dahin zusammenzufassen, dass weder die rein mechanische, noch die Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode der Hände einen genügenden Schutz gegen die Übertragung von Bakterien auf die Operationswunden abgeben, ein solcher erst durch die Kombination der mechanischen Desinfektion mit der mittels Quecksilbersalzlösungen, und zwar am besten mittels einer wässrigen 3%igen Quecksilbercitratäthylendiaminlösung erreicht wird. Letztere Flüssigkeit zeichnet sich durch das Fehlen jeder Reizwirkung auf die Hautoberfläche, durch das Ausbleiben einer Eiweiß- und Blutfällung und durch die (wenigstens bei todtem thierischen Gewebe nachgewiesene) intensivere Tiefenwirkung vor der Sublimatlösung aus.

Kramer (Glogau).

---

5) **E. Braatz.** Über eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Alkohols bei seiner Verwendung zur Händereinigung.

(Münchner med. Wochenschrift 1900. No. 29.)

B. hat gefunden, dass der Alkohol die Fähigkeit besitzt, die in den Hautporen steckende Luft aus ihnen zu entfernen, und dadurch es ermöglicht, dass nach der Beseitigung der Luft das Wasser in die Haut gut eindringen und die in letzterer sitzenden Unreinigkeiten herausschwemmen kann. Auf diese Wirkung führt Verf. Angesichts der sehr geringen fettlösenden Eigenschaft und der im Vergleiche zu anderen Antisepticis nicht sehr hoch zu veranschlagenden bakterientödtenden Kraft des Alkohols dessen Bedeutung in der Händedesinfektion zurück.

Kramer (Glogau).

---

6) **C. Graeser** (Neapel). Über Alkoholverbände.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 29.)

G. hat die Alkoholverbände, denen er mit Buchner die Wirkung, durch Ausübung einer chemischen Reizung zur Gefäßerweiterung und in Folge dessen zu stärkerer Blutzuleitung zu führen, zuschreibt, in einer größeren Zahl von entzündlichen Processen der Haut, des Unterhaut- und intermuskulären Zellgewebes, so wie der Drüsen mit sehr günstigen Erfolgen angewandt, über welche er an



der Hand einiger besonders lehrreicher Krankengeschichten berichtet. Die Verbände wurden möglichst ausgiebig genommen und ca. 2mal täglich mit Alkohol von Neuem angefeuchtet. **Kramer** (Glogau).

---

7) **J. Port.** Zur Reform des Kriegsverbandwesens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 147.)

Verf. schlägt vor, dass das Militärsanitätspersonal, Ärzte wie Lazarettgehilfen, mehr als bisher in der Anfertigung und dem Gebrauche von Schienen, Laden, Lagerungsapparaten etc. geübt werden sollen, deren Herstellung aus Bandeisenstücken ihnen geläufig werden soll. Er selbst hat mit seinem Sohne, der Chirurg in Nürnberg ist, eine Anzahl derartiger Lagerungsapparate, die auch beim Transport ihrer Träger gebraucht werden sollen, konstruirt, welche in der Arbeit beschrieben und abgebildet sind, Beinladen, Streckbett, Bandeisengerüste für die Schulter, den Ellbogen. Es wird aber nichts über den Kostenpunkt und darüber mitgetheilt, ob und mit welchem Erfolge diese Apparate schon praktisch geprüft wurden. Die Abbildungen zeigen, dass sie nur eine Art Gerippe darstellen, das zum Gebrauche noch der Einlage von Segeltuch und Polstern bedarf, und dass sie auch sehr zahlreicher Verschraubungen wegen den Eindruck der Einfachheit vermissen lassen. Es ist desshalb dem Referenten fraglich geblieben, ob die P.'schen Konstruktionen sich im Ernstfalle bewähren würden.

Der Beschreibung der Apparate geht ein allgemein gehaltenes Räsonnement vorauf, das etwas weitschweifig, aber flott geschrieben ist und, etliche kriegschirurgisch-historische Daten enthaltend, die verbandtechnischen Neigungen des Verf. vertritt. Es ist nicht uninteressant zu lesen, indess bleibe es dahingestellt, ob P. mit seinen Apparatkonstruktionen, wie er es wünschte, die Leistungsfähigkeit einfacherer Verbände, namentlich des Gipsverbandes, überboten hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Demmers** (Tjimahi, Niederl.-Indien). Ein neues Feldverbandpäckchen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900. Aprilheft.)

D. beschreibt ein Feldverbandpäckchen von 90 g Gewicht in Blechbüchse, welche eine Mullbinde von 8 m Länge und 6 cm Breite, Mullkompresse und Watte, alles serilisirt, sowie ein kleines Gläschen mit Jodoformpulver enthält. Die Büchse wird durch einen Schlüssel geöffnet, welcher in einer Höhlung der Büchsenwand angebracht ist. Die Verpackung endlich ist derartig, dass der Inhalt auch mit unreinen Fingern herausgenommen werden kann, ohne dass er beim Anlegen des Verbandes anders als am Rande berührt werden müsste. **Lühe** Königsberg i/Pr.).

---

9) **v. Linstow** (Göttingen). Kriege, Schlachten und Belagerungen, in denen nicht feindliche Waffen, sondern Krankheiten das entscheidende Moment waren.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900. Aprilheft.)

L. hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, unter Mitwirkung des Historikers Volyuardsen in Kiel Berichte von Kriegen zu sammeln, welche nicht durch Waffengewalt, sondern durch das Auftreten von epidemischen Krankheiten unter den kämpfenden Heeren entschieden wurden. Als Gesammtergebnis seiner mühevollen Studien kommt L. zu der ungefähren Berechnung, dass in den europäischen Kriegen von 1793—1865 etwa 1,5 Millionen durch Feindeswaffen, 6,5 Millionen aber durch Seuchen getödtet worden sind. Noch beträchtlicher sind die Verluste durch letztere in zahlreichen Kriegen weiter zurück liegender Zeiten, wie in den Perserkriegen und Kreuzzügen, gewesen.

Lühe (Königsberg i/Pr).

---

10) **Gallet.** Les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1900. No. 6.)

In dankenswerther Weise hat G. die Fortschritte der Neuzeit geschildert, welche wir Dank den präliminären und temporären Operationen zu verzeichnen haben. Seine Zusammenstellung umfasst 3 Kapitel, nämlich 1) temporäre Resektionen, welche uns den Weg in tiefere Theile des Körpers, besonders in große Körperhöhlen, bahnen sollen, so in die Schädel-, Augen-, Mund-, Nasen-, Rachenhöhle, in den retropharyngealen Raum, den Kehlkopf und die Sinus. 2) Die präventive Blutstillung. In diesem Kapitel wird auch die temporäre Blutstillung (Unterbindung und Kompression des freigelegten Gefäßes) besprochen und durch einige Experimente erläutert. 3) Operationen zum Zwecke funktioneller Unterstützung lebenswichtiger Organe (präventive und temporäre Tracheotomie, Tubage des Kehlkopfes und der Speiseröhre). Zuweilen werden präliminäre Operationen aus allen 3 Kapiteln als Vorakte einer Hauptoperation nöthig. G. bringt zwei einschlägige eigene Beobachtungen. Seine Arbeit hat einen Anhang der Bibliographie und 13 interkalirte Abbildungen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

11) **Wanker.** Zur Lehre von den Brüchen der Schädelbasis.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1900.

Die vorliegende Arbeit W.'s stellt eine Ergänzung der im Jahre 1898 in der Dissertationsschrift von Freiberg aus der Göttinger chirurgischen Klinik zusammengestellten Fälle von Brüchen des Schädeldaches dar; sie erstreckt sich auf die in den Jahren 1874 bis 1899 daselbst beobachteten 66 Schädelbasisfrakturen. Ein übersichtliches Bild über die dadurch hervorgerufenen Symptome, die Dauer der Behandlung und die Mortalität, besonders auch im Vergleiche mit zwei in den letzten Jahren veröffentlichten Mittheilungen von



A. **Heer** und **van Nes** erhält man durch die folgende tabellarische Zusammenstellung, die ich hiermit wiedergebe:

Symptome	van Nes	Heer	Eigene Beob-achtung	Summa	Unter Fällen
Lähmung des N. olfactorius	0	0	1	1	141
» » N. opticus	2	3	1	6	»
» » N. oculomotorius	0	2	10	12	»
» » N. trigeminus	0	1	2	3	»
» » N. abducens	3	5	5	13	»
» » N. facialis	10	10	20	40	»
» » N. acusticus	0	9	7	16	»
» » N. hypoglossus	0	0	2	2	»
Blutungen aus den Ohren		22	43	65	124
Nasenbluten		28	37	65	»
Ausfluss seröser Flüssigkeit		4	4	8	»
Suggillation der Lidhaut		24	12	36	»
Exophthalmus		4	3	7	»
Traumatisches Emphysem		2	0	2	»
Verletzung der A. meningea media		0	2	2	»
Läsion der halbzirkelförmigen Kanäle		3	2	5	»
Cerebellarataxie		1	1	2	»
Traumatische Melliturie		1	0	1	»
» Albuminurie		1	1	2	»
Aphasie		4	3	7	»
Corticale Hemi- und Monoplegien		9	6	15	»
Pupillendifferenz		8	5	13	»
Pulsverlangsamung		1	10	11	»
Respirationsveränderung		29	11	40	»
Erbrechen		?	19	19	»
Stauungspapille		2	1	3	»
Lungenaffektionen		?	12	12	»
Traumatisch infektiöse Meningitis		?	6	6	»
Psychische Veränderungen		5	4	9	»
Kopfschmerz		2	17	19	»

	Heer	Eigene Beobachtung
Todesfälle	27 (46,9%)	19 (28,8%)
Es bleiben am Leben	31 (53,1%)	47 (71,2%)
Völlig geheilt	15 (25,75%)	27 (40,9%)
Mittlere Behandlungsdauer	34 Tage	28 Tage
Kürzeste »	14 »	9 »
Längste »	63 »	55 »

Sultan (Göttingen).

12) **Jakob.** Du danger de léser le sinus sphénoidal dans la résection du ganglion de Gasser.

(Presse méd. 1900. No. 53.)

J. betont die Gefahren, die in der Freilegung des Ganglion Gasseri von der Fossa pterygo-palatina her nach den von Doyen, Poirier, Quénu und ihm selbst beschriebenen Methoden liegen. Man kommt stets dicht an den Sinus sphenoidalis heran, und da dieser sehr unregelmäßig gestaltet ist und häufig die verschiedensten Ausbuchtungen zeigt, so ist eine Verletzung dieses Hohlraumes oft kaum zu vermeiden. Er füllt sich mit Blut und giebt so leicht den besten Nährboden für Infektionserreger ab, so dass von hier aus unter Anderen auch eine eitrige Meningitis jederzeit hervorgerufen werden kann. Alles dieses lässt sich durch die von Krause und Hartley angegebenen Schnittführungen in der Schläfengegend vermeiden, wesshalb Verf. nunmehr diese Operationsmethode warm empfiehlt.

Sultan (Göttingen).

---

13) **C. Nicoladoni.** Daumenplastik und organischer Ersatz der Fingerspitze (Anticheiroplastik und Daktyloplastik).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 3.)

N. veröffentlicht 2 Fälle, bei denen er sehr wohl gelungene Plastiken am Daumen ausgeführt hat. Bei dem 1. Falle hat er die 2. Zehe des rechten Fußes eines 5jährigen Knaben auf den gleichseitigen Daumenstumpf transplantirt. Die Operation bestand in kurzen Zügen darin, dass er den Rücken der 2. Zehe mittels eines viereckigen Lappens umschnitt, die dorsalen Sehnen durchtrennte, die erste Zehenphalanx nahe dem Knorpel an der Basis und schließlich die volaren Sehnen durchtrennte. Darauf wurde die Sehne des Flexor pollic. longus mit den volaren Sehnen der Zehe verbunden, die Knochenstümpfe von Daumen und Zehe durch Naht vereinigt und der dorsale Zehenlappen mit dem entsprechenden Stücke des Fingers vernäht. In einer zweiten Sitzung wurde die volare Hautbrücke der Zehe durchtrennt. In der Zwischenzeit wurde die Kontinuität durch einen Gipsverband aufrecht erhalten. An beigefügten Röntgenbildern ist das anatomische Resultat ersichtlich. Die Brauchbarkeit des neuen Daumens ist eine gute.

Bei einem 2. Pat. transplantirte N. nach der Methode Krause's eine Zehenkuppe auf einen verletzten, zum Theil abgerissenen Zeigefinger. Er räth, die fleischigste Zehe und den besten Nagel zu wählen, da gerade dessen Funktion für die Empfindlichkeit am wichtigsten ist. Wenn auch der überpflanzte Nagel zu Grunde ging, so bildet sich doch in 4 Monaten ein neuer. Die wesentlich erhaltene Sensibilität war übrigens die Fähigkeit, mittels des Nagels Dorsum und Volarseite des Fingers zu unterscheiden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **H. Nichols** und **H. Bradford.** The surgical anatomy of congenital dislocation of the hip-joint.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Juni.)

Verff. hatten Gelegenheit, an 5 Sektionspräparaten von 2 einseitig und 3 doppelseitig kongenital verrenkten Hüftgelenken die Anatomie dieser Affektion zu studiren. Sie geben genaue Beschreibungen und gute Abbildungen der Präparate und fassen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Die anatomischen Eigenthümlichkeiten der angeborenen Hüftverrenkung sind:

1) Eine Verschiebung des Femurkopfes aufwärts und etwas vorwärts auf die Oberfläche des Os ilei.

2) Eine flache, dreieckige Pfanne, die mehr oder weniger direkt nach außen gerichtet ist.

3) Eine Verkleinerung des Femurkopfes.

4) Eine Verkleinerung des Winkels zwischen Schenkelhals und -schaft bis fast zum rechten Winkel.

5) Eine Verstärkung der Torsion des Schenkelschaftes.

6) Eine Gelenkkapsel in der Form eines Stundenglases oder eines einfachen Sackes, oben an der Außenfläche des Os ilei angeheftet, unten um die Pfanne herum manchmal erweitert und um den Schenkelhals herum verengt.

Die Hindernisse für die Reduktion sind folgende:

1) Die Besonderheiten in der Anheftung der Gelenkkapsel, welche eine Verkürzung der ligamentären Vereinigung an verschiedenen Punkten, besonders seitlich und unten, bedingen.

2) Die Einziehung in der Mitte der Gelenkkapsel, welche den Kopf in manchen Fällen nicht hindurchschlüpfen lässt.

3) Die Verdickung der Kapsel gerade über der Spitze der Pfanne.

4) Verwachsungen zwischen Kapsel und Femurkopf.

5) Verkürzung der Adduktoren.

6) Zunahme der Torsion des Oberschenkelschaftes, so dass bei eingerichtetem Gelenk das Knie nach einwärts sieht.

Hindernisse für die Retention des reponirten Kopfes sind;

1) Eine abgeflachte oder ungenügende Pfanne, die zu schräg steht.

2) Ein zu kleiner Schenkelkopf.

3) Ein extrem kurzer Schenkelhals.

4) Obliteration des Pfannenbodens durch feste Bindegewebsmassen.

(Es ist wohl ohne Weiteres ersichtlich, dass die Schlüsse der Verff. wohl für eine Anzahl von angeboren verrenkten Gelenken, aber durchaus nicht für alle zutreffen. Insbesondere ist das Einwärtssehen des Knies bei reponirter Verrenkung in der Mehrzahl der Fälle auf eine Verbiegung im Schenkelhalse [Anteversion des Kopfes] und nicht auf eine Vermehrung der Torsion des Schaftes zurückzuführen. Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

15) **C. Rammstedt.** Über traumatische Lösung der Femurkopfepiphyse und ihre Folgeerscheinungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 3.)

Seitdem Sprengel auf das häufigere Vorkommen der traumatischen Lösung der Femurepiphyse aufmerksam gemacht hat, sind eine Reihe derartiger Einzelbeobachtungen publicirt worden. Verf. ist nun so glücklich gewesen, eine ganze Serie derartiger Fälle aus der Hallenser chirurgischen Klinik zusammenzustellen und an der Hand der im Einzelnen sehr interessanten Krankengeschichten ein einheitliches, wenn auch graduell verschiedenes Krankheitsbild mit klaren Zügen darzustellen. Jedenfalls kann R. nachweisen, dass die Verletzungen des Schenkelhalses im jugendlichen Alter bis zu ca. 18 Jahren fast ausschließlich Lösungen der Epiphysenlinie betreffen. Er hat übrigens auch in Leichenversuchen die Bedingungen nachzuweisen versucht, unter denen Absprengungen und Lösungen der Knorpelfugen auftreten, und wenn er auch selbst diese Experimente noch nicht für abgeschlossen hält, sind sie doch einschließlich der schönen und lehrreichen Abbildungen werth, im Originale studirt zu werden.

Zu den wichtigsten Punkten der Publikation gehören die Beziehungen, die Verf. zwischen diesen Verletzungen und den einzelnen Formen der Coxa vara fand. Jedenfalls ist letztere eine häufige Folgeerscheinung der traumatischen Epiphysenlösung, wie R. dies nicht nur aus den einschlägigen klinischen Verhältnissen einschließlich dem Röntgenbilde, sondern auch aus Resektionspräparaten erweisen konnte. Die Sprengel'schen und Kocher'schen Arbeiten finden durch diese Beschreibungen eine neue werthvolle Bestätigung; einzelne Präparate entsprechen ganz genau speciell den Demonstrationen Kocher's.

Erwähnenswerth ist auch, dass R. beweisen konnte, dass unter bestimmten Verhältnissen erstens eine totale Lösung der Kopfkappe, zweitens aber auch nur eine Lockerung derselben möglich ist, ohne dass zunächst eine Verschiebung stattfindet, und zwar dann, wenn der Periostüberzug nicht mit eingerissen ist. Auf diese Weise ist das klinische Bild erklärt, welches öfters lehrt, dass solche Kranke zuerst nach dem Trauma stehen, ja wochenlang herumlaufen können, und dass erst später, wenn unter dem Drucke der Körperlast ein weiteres Einreißen der Periostkapsel stattfindet, der Gelenkkopf abrutscht und nach unten und rückwärts sinkt. Je unvollkommener von vorn herein die Kontinuitätstrennung ist, um so eher tritt später das Bild der Coxa vara auf. Im Übrigen sind bei ausgedehnteren Dislokationen die allgemein bekannten Beschwerden vorhanden, wie sie durch die Bewegungsbeschränkungen und arthritischen Processe nach solchen Läsionen bewirkt werden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

16) **E. Juvara** (Bukarest). Ein neues Verfahren zur Amputation des Unterschenkels mit äußerem Lappen.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 46.)

Der äußere Lappen wird so geschnitten, dass die Haut in ihrer ganzen Ausdehnung mit einer dicken Muskellage unterpolstert ist und die Arteria tibialis antica durch die ganze Länge des Lappens verläuft.

Verf. hat in 8 Fällen gute Resultate mit der Methode erzielt.

Grisson (Hamburg).

---

17) **Herhold** (Altona). Über die nicht traumatische Knochenhautentzündung an den Unterschenkeln bei den Mannschaften des Heeres.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Juni.)

H. hat nicht nur 30 Fälle einer spontan, ohne unmittelbares Trauma, entstandenen Marsch-Periostitis der Tibia selbst beobachtet, sondern auch in den Krankenjournalen seiner Garnison innerhalb 10 Jahren noch weitere 108 Fälle aufgefunden. Abweichend von anderen Bearbeitern dieses Themas fand er in der weitaus größeren Anzahl die untere Hälfte des Schienbeins erkrankt. Doch zeigte sich hierbei auffallenderweise das Hautödem oft oberhalb der erkrankten Knochenstelle, welche sich durch Druckempfindlichkeit und Auftreibung des Periostes hinreichend deutlich feststellen ließ; hierdurch ist vielleicht die Abweichung erklärbar. Auch an der oberen Epiphyse innen kommt diese Erkrankungsform vor, 9mal unter H.'s 138 Fällen, vielleicht nur dadurch verhältnismäßig so selten, weil sie dann als »Kniegelenksentzündung« angesehen und geführt wurde. Während die Knochenauftreibung sich sehr oft durch das Gefühl feststellen und mittels des Röntgenbildes als Weichtheilschwellung erkennen ließ, war das Hautödem etwas weniger konstant. Jene findet sich an der Vorderfläche oder an der inneren Kante, ist theils gleichmäßig, theils höckerig, in letzterem Falle wirkliche Osteophytenbildung (Leistendorfer) vortäuschend. Eine bestimmte Prädisposition konnte nicht erwiesen werden, namentlich war Plattfuß keineswegs ein prädisponirendes Moment; im 1. Dienstjahre waren mehr Erkrankte. Während Leistendorfer hauptsächlich den Zug des Musc. soleus für die Entstehung dieser Marschkrankheit verantwortlich macht, hält H. auch den sich weiter abwärts an der Tibia anheftenden M. flexor digitorum communis für betheiligt; die Mm. semimembranosus und semitendinosus endlich veranlassen die Erkrankung am inneren oberen Schienbeinabschnitte, wo sie sich anheften. Neben Ruhestellung hatte die Bier'sche Stauung die besten Behandlungserfolge.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

18) **Thiele.** Weiterer Beitrag zur Frage nach der Ursache der sog. Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. März.)

T. setzt seine Mittheilungen über Brüche der Mittelfußknochen als Ursache der sog. Fußgeschwulst weiter fort. Unter der neuen Serie von 35 verletzten Füßen fand sich einmal neben einem alten mit Verschiebung geheilten Bruche des II. ein frischer Bruch des IV. Metatarsus, sonst noch 23mal Brüche des II., 10mal des III., 1mal des IV. 2mal waren die Brüche doppelseitig, 19mal rechts, 14mal links. 2 Kranke wurden zu verschiedenen Zeiten je 2mal verletzt; es scheint daraus hervorzugehen, dass auch eine besondere Neigung zu derartigen Brüchen vorliegen kann. Auffallend ist die lange Zeitdauer, welche die stets vollkommene Herstellung der Dienstfähigkeit beanspruchte; sie betrug im Durchschnitte 18,4 Tage gegen 23,3 Tage der früheren Reihe, in maximo aber 62 Tage. Dabei ergab sich die merkwürdige Thatsache, dass ein Splitterbruch oft in weit kürzerer Zeit geheilt war, als ein einfacher Einbruch; Heilung kann erst dann angenommen werden, wenn der neugebildete Callus ganz unempfindlich geworden ist. Ausnahmslos fand T. als Ursache einer »Fußgeschwulst« den Bruch oder Einbruch eines Mittelfußknochens, welcher oft durch Krepitation, stets durch das Röntgenbild nachweisbar war. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

19) **Maré.** De la fracture des metatarsiens chez le fantassin.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1900. Juni.)

Entgegen anderen französischen Autoren schließt sich M. den Ansichten deutscher Militärärzte (Stuchow, Kirchner, Thiel) an, welche annehmen, dass die sog. Fußgeschwulst des Infanteristen auf einer Fraktur eines Metatarsalknochens beruhe. Dieselbe entsteht bei jungen Männern entweder in Folge eines Marsches oder eines Sprunges; unter seinen 11 Fällen war ersteres 8mal, letzteres 3mal der Fall. Fast ausschließlich werden der Metatarsus II und III gebrochen (6mal III, 4mal II, 1mal IV). Als charakteristische Erscheinungen findet er Ödem des Fußrückens und fast stets auch umschriebenen Druckschmerz an einer Stelle des Metatarsus. Das Erscheinen einer knöchernen Auftreibung 2—3 Wochen nach Erkrankungsbeginn vermag die Diagnose zu bestätigen. Hierzu möchte Ref. aber bemerken, dass ein Theil der beigegebenen Abbildungen nach Röntgenbildern außer der Verdickung eines Metatarsus auch einen knöchernen Vorsprung am Metatarsus I aufweist, und dass gerade die für Fraktur charakteristische ringförmige Gestalt jener Verdickung nicht hinreichend hervorgehoben wird. Anders gestaltete Verdickungen können doch sehr wohl auch nach Periostitis u. dgl. auftreten. Für die Behandlung genügen Ruhe und Massage.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

20) **E. Rose.** Der Zehschuh.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 190.)

Die Mittheilung giebt den Text eines im Berliner Chirurgenverein gehaltenen Vortrages. In demselben stellte R. zunächst einen wegen Krebs des Fersenbeines nach Wladimiroff-Mikulicz mit Erfolg operirten Kranken vor und erörterte hierauf, dass der Zehengang mit Spitzfußstellung nicht nur nach dieser Operation, welche der Regel nach eine Synostose nach der Fußknochenresektion hinterlässt, sondern auch nach anderweitigen atypischen Fußresektionen, z. B. wegen Tuberkulose, welche aber mit Schlottergelenk ausheilten, so wie bei Verkürzungen des Beines, z. B. nach Hüftresektion, mit Nutzen verwerthet werden kann. Solche Pat. haben dann eigens gearbeitetes Fußzeug, von R. »Zehschuh« benannt, zu tragen, in dem der Fuß in gerader Plantarflexionsstellung festgehalten wird. Dazu dient ein fester Filzschnürstiefel mit einer steifen Einlage. Die Zehen sollen im Schuh ordentlich dorsalflektirt liegen, damit Pat. mit dem Metatarsusballen auftreten kann. Zu dem Zwecke soll das Oberleder vor den Zehenspitzen nicht flach sein, sondern senkrecht in die Höhe gehen. Röntgenbilder geben gute Kontrolle, ob die Zehen der Art richtig im Schuh sitzen. (Vgl. auch ds. Bl. laufendes Jahr p. 493.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mittheilungen.

Ruptur und Bruch des Zwerchfells.

Von

Dr. **A. Weischer** in Hamm.

In der mir zugänglichen Litteratur konnte ich nur einen Fall von Ruptur des Zwerchfells finden. Die im Centralblatte der letzten Jahre angeführten Verletzungen des Zwerchfells waren durch Stiche und Schnitte von Messern und Dolchen oder durch Schüsse entstanden, die zunächst die seitliche Brustwand durchbohrt hatten. In der neuesten Auflage seines Lehrbuches giebt König an, dass die subkutane Ruptur des Zwerchfells in Folge von plötzlicher, heftiger Kontraktion außerordentlich selten ist und wohl nur am erkrankten, fettig degenerirten Muskel beobachtet wird. Von Rupturen, die durch Steigerung des intraabdominalen Druckes entstanden sind, weiß König nur über einen Fall aus eigener Kenntnis zu berichten, bei dem er den Bruch, wenn auch nicht bestimmt, so doch mit großer Wahrscheinlichkeit feststellte. Die Sektion, die nach einigen Jahren gemacht werden konnte, bestätigte die Diagnose. Dieser Modus der Ruptur scheint demnach gleichfalls nicht sehr häufig zu sein. Es sei mir daher gestattet, über den folgenden Fall, der dieser Kategorie angehört, kurz zu referiren und einige Bemerkungen anzuknüpfen.

Der Arbeiter M. saß nach dem Mittagessen mit gestreckten Beinen auf dem Boden und lehnte sich mit dem Rücken gegen einen Haufen aufgestapelter Bretter. Durch einen nicht ganz aufgeklärten Zufall stürzte das Holzlager plötzlich über dem Arbeiter zusammen. Die Bretterlast wurde sofort entfernt. Der Mann lag ohnmächtig am Boden; die Schultern berührten die Kniee; der Kopf lag zwischen den Unterschenkeln. Gegen $^1/_2$4 Uhr wurde der Mann ins Krankenhaus gebracht, wo ich ihn zuerst sah.

Der Verletzte war ein kräftiger Mann von 28 Jahren. Er war stark kollabirt: das Gesicht war blass, die Haut kühl, der Puls fadenförmig, die Temperatur betrug 36° C. Der Mann klagte über Athemnoth und Schmerzen in der linken Brust. Bei der Athmung blieb die linke Thoraxseite zurück. Ein Druck auf die Außenseite der unteren linken Brustgegend wurde als dumpfer, in die Tiefe gehender Schmerz empfunden. Ein Rippenbruch ließ sich nicht nachweisen. Die Perkussion ergab auf der linken Brust vom Schlüsselbeine abwärts tympanitischen Klang, der die Herzdämpfung völlig verdeckte. Von der 7. Rippe abwärts bis zur 9. bestand von der linken Sternallinie an absolute Dämpfung, die seitlich nach hinten in die Milzdämpfung überging. Die Herztöne waren schwach, aber rein und regelmäßig; die Pulszahl betrug 68 in der Minute. Der Unterleib war weich, nicht gespannt und nur in der Magengegend auf Druck leicht empfindlich.

Abends gegen 10 Uhr hatte sich der Mann einigermaßen erholt; die Temperatur betrug 37° C. Die Schmerzen bestanden indess in gleicher Stärke fort. Der Mann hatte reichlich Wein, Kognak und schwarzen Kaffee getrunken. Die Dämpfung war jetzt bis zur 6. Rippe aufwärts gestiegen. In der Morgenzeit gegen 4 Uhr trat zum 1. Male Erbrechen ein. Wie es sich häufig wiederholte, wurde ich gegen 1/27 Uhr gerufen. Bei meiner Ankunft, die eine Viertelstunde später erfolgte, war der Mann vor wenigen Minuten unter starkem Erbrechen verschieden.

Die Sektion der Bauchhöhle, die ich allein ausführen durfte, ergab folgenden Befund:

Die Därme sind leicht injicirt, im Übrigen glatt und glänzend. Unterhalb des linken Rippenbogens liegt ein 2fingerbreites Stück Netz. Der Magen ist nicht zu sehen. Unter dem linken Rippenbogen ruht eine vom Mesocolon transversum verdeckte, prall sich anfühlende Geschwulst von Kindskopfgröße. Ein kräftiger Zug an dem vorliegenden Netze und den tiefer gelegenen Organen hat keinen Erfolg. Wohl reißt das Netz ein, aber die pralle Geschwulst lässt sich aus der Tiefe nicht herausbefördern. Wie ich mit der rechten Hand nachfühle, gleite ich, ohne Widerstand zu finden, in die linke Brusthöhle. Luft zischt an meinem Arme vorbei; ich kann nun leicht die Bauchorgane aus dem Thorax ziehen. Die ganze linke Brusthöhle war ausgefüllt gewesen von 2 Dritteln des stark geblähten Magens, dem mittleren Theile des wenig gefüllten Quercolons mit dem anhängenden Netze und der Milz. An dem Magen und dem Colon transversum kann man leicht die strikturirte Stelle als eine 2fingerbreite, blutig unterlaufene Furche nachweisen. In der linken Zwerchfellskuppe sieht man einen Riss von 12 cm Länge, der vorn ungefähr in der Mammillarlinie beginnt, sagittal die Kuppe des Zwerchfells durchschneidet und nach hinten gegen die Mitte der 12. Rippe herabzieht. Der große Riss klafft in der Mitte 4 cm weit. Nahe der Zwerchfellswunde findet sich in Brust- und Bauchhöhle etwa 1 Tasse voll Blut. Werden die Unterleibsorgane losgelassen, so gleiten sie langsam in die Brusthöhle zurück. Bei diesem Vorgange entweicht die Luft mit hörbarem Geräusche. Es dreht sich die große Curvatur des Magens nach vorn und oben, so dass die vordere Fläche des Ventrikels fast ganz nach rechts sieht.

An den übrigen Unterleibsorganen ist keine Verletzung vorhanden.

Epikritisch möchte ich Folgendes bemerken:

Der Mann saß mit ausgestreckten Beinen auf dem Boden. Die schwere Last presste den Rumpf fest auf die Oberschenkel. So musste ein erhöhter intraabdominaler Druck entstehen. An der Stelle des geringsten Widerstandes — in diesem Falle am Zwerchfelle — platzte die Bauchhöhle, wie ein überspannter Gummiballon. Theoretisch sollte man meinen, dass die Rupturen des Zwerchfells häufiger vorkommen müssten. Das scheint indess nach den Berichten nicht der Fall zu sein. Es müssen daher bei unserem Unglücksfalle noch besondere Momente in Betracht kommen. Von wesentlicher Bedeutung erachte ich die Füllung des Magens nach dem Mittagessen. Der intraabdominale Druck konnte sich durch den breiigen Inhalt des Magens, dessen Fundus sich prall an die Kuppe lehnte, leicht mit voller Wucht auf das Zwerchfell fortpflanzen. Die schwere Bretterlast

presste im Momente des Unfalles auch den Thorax stark zusammen, so dass sicher gleichzeitig eine forcirte Exspiration zu Stande kam. Die Zwerchfellskuppe fand an der erschlafften Lunge keine Gegenstütze und riss ein.

Merkel (Handbuch der topographischen Anatomie) meint, dass die nahe bei einander liegenden Öffnungen für Aorta und Ösophagus die Entstehung von Rupturen des Zwerchfells mit nachfolgendem Vorfalle von Baucheingeweiden an der linken Seite begünstige. Der vorliegende Fall spricht nicht für diese Annahme. Beide Aperturen standen mit dem Risse in keiner Verbindung. Die Thatsache, dass die Rupturen der rechten Zwerchfellshälfte viel seltener sich ereignen — beide Seiten verhalten sich nach Merkel wie 1 : 5 — lässt sich viel einfacher dadurch erklären, dass ähnlich den Rippenfrakturen durch Muskelaktion die Leber die Gewalt des abdominalen Druckes aufnimmt und abgeschwächt weitergiebt.

Der eigenthümliche Befund der fast queren, absoluten Dämpfung, die in der linken Sternallinie begann und sich seitwärts über die Gegend der 6.—9. Rippe erstreckte, in Verbindung mit dem tympanitischen Klange von der 6. Rippe aufwärts bis zum Schlüsselbeine, hätte zur richtigen Diagnose führen können. Die Dämpfungsfigur entsprach ungefähr einem Magen mittlerer Füllung. Unter normalen Verhältnissen hätte ein tympanitischer Beiklang nicht gefehlt. Wäre der Magen, wie es den Anschein hatte, mit Speisen voll angefüllt gewesen, so hätte der Dämpfungsbezirk weiter nach abwärts, eventuell bis zum Nabel gereicht. Ein pleuritischer Erguss konnte den freien Rippenrand nicht überschreiten. Dieser Erguss würde auch keine quere, sondern eine nach hinten ansteigende Dämpfungsfigur dargeboten haben.

Es konnte sich daher nur um einen Theil des Magens handeln, der breiige und flüssige Massen enthielt. Die stets vorhandenen Gase entwichen durch eine offene Verbindung in einen höher gelegenen Abschnitt. Für die freie Kommunikation der in Bauch und Brust gelegenen Theile des Magens sprach dann das Fehlen des Erbrechens bis fast zum Tode des Mannes.

Zur Therapie möchte ich endlich erwähnen, dass der Bauchschnitt entschieden den Vorzug verdient. Er allein kann den nothwendigen Überblick über die gequetschten und inkarcerirt gewesenen Organe nach der Lösung gewähren.

Wenn Naumann nach der Laparotomie die eingeklemmten Weichtheile nicht aus der Brust hervorziehen konnte, so beruhte diese Thatsache, wie schon Rydygier erklärte, und wie ich es in meinem Falle bei der Sektion nachweisen konnte, auf dem negativen Drucke, der in der Brusthöhle herrschte. Erst wie ich mit der Hand durch die Wunde des Zwerchfells in den Thorax einging, und Luft neben dem Arme eindrang, gelang die Reposition leicht. Aus dem gleichen Grunde konnten in allen Fällen, in denen von der Brust aus operirt wurde, die Weichtheile leicht in die Bauchhöhle zurückgedrängt werden. Sollte die Hand durch den Riss nicht einzuführen sein, so könnte man ein weiches Schlundrohr durch die Wunde vorsichtig in den Thorax einschieben und allmählich Luft einblasen. Die todbringende plötzliche Entstehung eines Pneumothorax ließe sich so leicht vermeiden. Dieses unglückliche Ereignis veranlasste A. v. Bergmann zu dem Rathe, »Zwerchfellsbrüche lieber von der Leibeshöhle her anzugreifen«.

---

21) **E. Braatz.** Nadelhalter für gewöhnliche Nadeln.

(Ärztl. Polytechnik 1900. Juni.)

Obiger Nadelhalter ist dadurch handlicher gemacht, dass er eine Gestalt hat, welche die beim Nähen nöthige Abduktion der Hand verringert. Durch besondere Verzinnung der Riffelung an der Beißfläche wird die Nadel vorzüglich festgehalten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

22) **M. Paunz.** Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel und fixirbarer Zungenspatel zur Erleichterung der Rhinoscopia posterior.

(Ärztl. Polytechnik 1900. Juli.)

Das Instrument besteht im Wesentlichen aus einem querovalen Rahmen zum Offenhalten des Mundes, welcher von selbst zwischen den Zähnen fixirt bleibt. An



der unteren Hälfte des Rahmens ist die Stütze für die Schneidezähne zu einem Zungenspatel verlängert, an der oberen Hälfte ist der Gaumenhaken angebracht. Beide Hände des Operateurs sind somit frei. 6 Abbildungen im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

23) **Jaenicke.** Neuer Polypenschnürer, welcher die Schlinge selbstthätig bildet.

(Ärztl. Polytechnik 1900. Juli.)

Das Führungsrohr dieses Instrumentes läuft in 2 durch einen Steg verbundene divergirende Röhrchen aus. Der vorzuschiebende Platindraht formt sich dadurch von selbst zu einer schönen Schlinge. Beim Zuschnüren wird die Knickung des Drahtes vermieden. Auch am Handgriffe des Instrumentes sind zweckentsprechende Verbesserungen angebracht. 7 Abbildungen im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

24) **Jonnesco.** Nouvel écarteur abdominal applicable à toutes les laparotomies.

(Presse méd. 1900. No. 45.)

In dem Bestreben, mit möglichst geringer Assistenz selbst bei großen Bauchoperationen auszukommen, konstruirte S. einen ziemlich komplicirten Apparat, der dazu dienen soll, selbstthätig die Bauchdecken nach eröffneter Bauchhöhle mit 2 stumpfen Haken breit aus einander zu halten. Mehrere Figuren erläutern die Einzelheiten des Apparates, die sich im Referate schlecht wiedergeben lassen.

Sultan (Göttingen).

25) **O. Kreis.** Über Medullarnarkose bei Gebärenden.

(Centralblatt für Gynäkologie 1900. p. 724.)

Eine sehr interessante, und nach Ref. Dafürhalten auch für Chirurgen wichtige Mittheilung. K. berichtet aus der Baseler Frauenklinik 5 Geburten, die durch intradurale Injektion von 0,01 Cocain nach Bier bei ungestörter motorischer Wehenthätigkeit vollkommen schmerzlos verliefen. Ernste Komplikationen fanden nicht statt, wohl aber folgten Erbrechen und Kopfweh hinterher. (Es liegt nahe, an die »Medullarnarkose« bei der Bauchchirurgie zu denken. Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **L. Lange.** Idiopathische Osteopsathyrosis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 25.)

Der in Krecke's Heilanstalt beobachtete Fall betraf einen Knaben, der bis zum Alter von 22 Monaten völlig gesund (Dentition ab 7. Monate) war und mit $1^1/_2$ Jahre zu gehen angefangen hatte. Im Alter von 22 Monaten brach er sich bei einem Falle vom Sopha herab den linken Oberschenkel; 4 Tage später erkrankte er an Diphtherie, brach sich, gegen die Untersuchung des Rachens sich wehrend, den rechten Oberschenkel und zog sich im Laufe der folgenden Monate und 3 Jahre auf Grund von stets unbedeutenden Gewalteinwirkungen noch 21 andere vollständige Knochenbrüche zu, die anstandslos fest heilten, aber Verkrümmungen an den unteren Gliedmaßen hinterließen. Auf Rachitis hinweisende Symptome waren nicht nachweisbar; eben so fehlten sonstige Grundkrankheiten. — L. schließt an die Mittheilung des Falles eine sorgfältige Schilderung der idiopathischen Osteopsathyrosis an der Hand von Schuchardt's Darstellung in der »Deutschen Chirurgie« und der seitdem erschienenen Arbeiten. Erwähnenswerth ist noch, dass im Vergleiche zu den Knochen anderer gleichalteriger Knaben eine vermehrte oder verminderte Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen in obigem Falle nicht festgestellt werden konnte; dagegen ließ sich eine erhebliche Verdünnung der Corticalis überall, mit Ausnahme der Mittelstücke der Tibiae, nachweisen.

Kramer (Glogau).



27) **E. Koch** (Aachen). Zur Kenntnis der akuten Osteomyelitis.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 25.)

Mittheilung eines Falles von akuter Osteomyelitis des Brustbeines. Die Erkrankung begann bei dem 30jährigen Pat. mit Schmerzen in der Magengegend, hohem Fieber mit Delirien und schien pneumonischer Natur zu sein; bald Auftreten von Hautröthung und auch von Abscessbildung in der Sternalgegend, und zwar 2 Finger breit über dem Proc. ensiformis. 5 Wochen nach Beginn Aufnahme im Aachener Louisen-Krankenhause. Bei der Operation fand sich fast das ganze Corpus sterni eitrig-sulzig infiltrirt; auf der Hinterseite lagen mehrere spontan gelöste charakteristische Sequester in Eiter (Staphylokokken) und Granulationen eingebettet, die sich hinter den Rippen links über den Herzbeutel und nach rechts bis zur Mammilla ausbreiteten. Resektion des kranken Theiles des Brustbeines etc. Heilung. **Kramer** (Glogau).

28) **W. E. Meister.** Zur Frage von den Schussverletzungen des Schädels.
(Wratsch 1900. No. 26 u. 27.)

Ein junger Mann schoss sich eine Revolverkugel in die rechte Schläfe. Einschuss in der Mitte zwischen äußerem Augenwinkel und oberem Ende der Ohrmuschel, Ausschuss mitten an der Stirn. Hyperästhesie der Haut und leichte Parese der rechten Körperhälfte, besonders an Kopf und Gesicht. Hautschnitt quer vom Ein- zum Ausschuss. Stirnbein am letzteren 6 cm weit zertrümmert; 2 Fissuren, die sich 2mal kreuzen; rechte Hälfte des Stirnbeines und ein Theil des Schläfenbeines dadurch quer in 2 Stücke zertheilt. Nach Entfernung der Splitter war die Ausschussöffnung 7 cm groß. Die Wunde wurde möglichst gereinigt und der Gang drainirt: vom Einschusse 2$^1/_2$ cm weit, vom Ausschusse 6 cm (Länge des ganzen Ganges 15—16 cm). Nach 5 Stunden kehrte von Zeit zu Zeit das Bewusstsein wieder. Langsame Heilung. Nach einem Monate war das Gesicht noch immer paretisch und auch noch Hyperästhesie vorhanden. Der Gang war geschlossen. An der Ausschussöffnung Hauttransplantation von der Stirn. Nach einem weiteren Monate geheilt entlassen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

29) **Dieulafoy.** Abscès du cervelet. (Étude médico-chirurgicale.)
(Presse méd. 1900. No. 51.)

Ein 33jähriger Mann erkrankt 12 Tage vor der Aufnahme in das Hospital mit heftigen, besonders auf den Hinterkopf lokalisirten Kopfschmerzen, denen bald der Verlust des Gleichgewichtes, Hin- und Herschwanken wie bei einem Betrunkenen und das Gefühl des Schwindels folgten. Dazu gesellten sich plötzliches Hinstürzen und wiederholtes Erbrechen, also im Ganzen Symptome, welche auf ein Leiden des Kleinhirns hinwiesen. Da überdies leichte Temperatursteigerung — bis 38° — vorhanden war, so wurde zunächst an einen Abscess des Kleinhirns gedacht, jedoch wurde eine etwa vorangegangene Ohrerkrankung vom Pat. mit Bestimmtheit in Abrede gestellt, und auch die Untersuchung des Ohres ergab keine Anhaltspunkte dafür. Der Zustand verschlimmerte sich in den nächsten Tagen, die Somnolenz nahm erheblich zu, und zu den bisherigen Symptomen trat eine deutliche Schwäche des linken Nerv. facialis und abducens, während gleichzeitig bei ophthalmoskopischer Untersuchung rechts retinale Blutungen und links eine Neuritis optica festgestellt werden konnte. So wies Alles auf die Betheiligung der linken Kleinhirnhälfte hin, und die Operation wurde vorgenommen. Die linke Kleinhirngrube wird eröffnet, als plötzlich die Athmung aussetzt, während der Puls noch zu fühlen ist. Es wird künstliche Athmung gemacht und inzwischen die Oberfläche des Kleinhirns freigelegt, ohne dass etwas Pathologisches an ihr zu erkennen wäre. Beim Betasten der Oberfläche wird durch Druck auf eine bestimmte Stelle ein tiefer Athemzug spontan ausgelöst, und das gleiche Phänomen wiederholt sich jedes Mal bei Druck auf diese Stelle, während beim Nachlassen dieses Druckes die Athmung sistirt, bis schließlich endgültig sich die spontane Athmung wieder einstellt.

Die Operation wird beendet, und Tags darauf werden noch von der Wunde aus verschiedene Punktionen in die linke Kleinhirnhälfte gemacht, aber auch ohne auf einen Eiterherd zu stoßen. Der Kranke starb, und die Sektion zeigte die Richtigkeit der Diagnose: es fand sich ein nussgroßer, Pneumokokken enthaltender Abscess in der linken Kleinhirnhälfte, der von der Punktionsnadel nicht getroffen worden war. Als Ursache des Abscesses ergab sich, wie der nachträgliche Bericht der Ehefrau zeigte, dass Pat. 4 Wochen vor dem Ausbruche seines Leidens über Schmerzen in seinem linken Ohr geklagt, also doch wohl eine Otitis media durchgemacht hatte. Bei der Sektion wurden Reste dieser Otitis nicht mehr vorgefunden. **Sultan** (Göttingen).

30) **K. Brodmann.** Neuritis ascendens traumatica ohne äußere Verwundung. (Aus der psychiatrischen Univ.-Klinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 24 u. 25.)

Bei dem 33jährigen Pat. entwickelte sich, ohne dass eine äußere Infektion oder offene Wunde vorausgegangen war, im Anschlusse an eine geringfügige perkutane Verletzung des 4. Fingers (Stoß gegen die Fingerkuppe) eine schwere, proximal fortschreitende, amyotrophische Parese des rechten Armes, die auf eine Neuritis ascendens traumatica zurückgeführt wird. **Kramer** (Glogau).

31) **Delanglade.** De l'intervention chirurgicale dans les déformations consécutives à la paralysie infantile et au particulier des indications de l'ostéotomie.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1900. p. 192.)

Besprechung der verschiedenen Methoden der Arthrodese. Empfehlung der Sehnentransplantation. Verf. wendet bei paralytischen Kontrakturen Osteotomien an, indem er den Knochen peripher der Insertion des verkürzten Muskels in die gewünschte Lage bringt. Speciell machte er bei einem Kinde auf der rechten Seite Tenotomie der verkürzten Hüftmuskeln, auf der linken Seite jedoch nur die Osteotomia subtrochanterica und stellte das Bein senkrecht. Trotz erheblicher Verkürzung funktionell besseres Resultat als auf der mit Tenotomie behandelten Seite. Genaue Kranken- und Operationsberichte fehlen.

F. Göppert (Kattowitz).

32) **E. Eliot.** A rare form of dislocation of the tarsus.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Die Verletzung, hervorgerufen durch Hängenbleiben des Fußes in einer Kette bei Fall von einem Wagen, bestand in einer Luxation des Talus nach außen. Die Reposition gelang nur auf blutigem Wege, da ein Theil des zerrissenen oberen Lig. talo-naviculare interponirt war. Heilung p. p. mit guter Funktion.

R. v. Hippel (Dresden).

Berichtigung.

Die von Payr publicirten Fälle von Läsion des Ulnarnerven bei Ellbogenverletzung (s. Referat p. 51 d. Bl. 1900) stammen aus der Grazer Klinik (nicht, wie im Referate irrthümlich angegeben, der Innsbrucker).

In No. 34 d. Bl. p. 874 lies unter Fig. 3 »schematische Skizze nach Schmidt-Rimpler« und p. 875 Z. 2 v. o. lies »Kocher'sche statt Koeber'sche«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 29. September. 1900.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

Das Princip der indirekten Sondirung.

Von

Dr. Kuhn.

In den folgenden Zeilen sollen in Kürze die Erfahrungen mitgetheilt sein, welche ich mit einigen Spiralinstrumenten gemacht habe, die ich seit ihrer ersten Publikation vor 4 Jahren[1] dauernd

[1] F. Kuhn, Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmkanals. Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 37—39.

gebrauchte. Dabei möchte ich insbesondere einem technischen Handgriffe das Wort reden, den ich kurz die indirekte Sondirung nenne. Dieselbe besteht im Wesentlichen darin, dass man, wenn man im Innern von Körperkanälen mit relativ steifen Instrumenten, die gewöhnlicherweise den leicht verletzlichen Organen gefährlich werden könnten, sondirt, dabei die Vorsicht gebrauchend, die Sonden nie direkt, sondern stets gedeckt durch ein umgebendes Spiralrohr vordringen zu lassen.

Nehmen wir, um sofort in die Mitte der Sache zu treten, einzelne Fälle heraus, z. B. die Sondirung einer Ösophagusstenose, insbesondere einer carcinomatösen: Man kann alle zur Zeit im Gebrauche befindlichen Bougies aus Gummi oder imprägnirtem Gewebe oder Fischbein mit und ohne Kugelknopf durchprobiren, keins vermag meiner Erfahrung nach die Stenose so leicht und gefahrlos und so einwandsfrei zu finden und selbst auch in der Hand des Kranken zu dilatiren und offen zu halten, als eine mit Stahlführungsstab versehene Spiralgummisonde.

Es beweist dies eine einfache Musterung der zur Zeit gebräuchlichen Bougies: Die weicheren Bougies aus Gummi oder sonstigem Material biegen in dem oberhalb der Stenose gelegenen, meist divertikelartig erweiterten Raume der Speiseröhre leicht um, finden also das Lumen der Stenose nicht und täuschen durch die Länge des eingeführten Rohres die Überwindung der Stenose vor. Selbst die steifen, englischen Bougies aus imprägnirtem Seidenstoffe können in dem Divertikel umknicken oder, wie ich mich überzeugen konnte, in kürzerem Bogen umbiegen.

Für die letztere Möglichkeit habe ich erst neuerdings wieder ein schlagendes Beispiel erlebt: Frau Mützenfabrikant B. aus K. wurde mit der Diagnose »nervöses Erbrechen« dem Krankenhause übergeben. Die Diagnose gründete der behandelnde Kollege auf seine negativen Befunde an der Speiseröhre; der weiche Magenschlauch konnte in dem Ösophagus mühelos ganz zum Verschwinden gebracht werden, die steifen englischen Bougies konnten auch bis über 55 cm eingeführt werden. Der Herr Kollege musste somit mit Recht annehmen, dass er in den Magen gelangt sei.

Die Spiralsonde klärte jedoch die Verhältnisse anders auf: Sie glitt ohne Stahlstab (d. h. nur aus Spirale und Gummiüberzug bestehend) eben so wie die vorher eingeführten anderen Sonden bis 75 cm, von den Zähnen an gerechnet, in die Tiefe; schob man nun aber den ziemlich steifen, innen laufenden Stahlstab nach, so gelang dies nur bis etwa 50 cm. In dieser Entfernung blieb er, weil an einer ziemlich kurzen Biegung, d. i. oben an der Umbiegungsstelle der Spiralsonde nach oben, hängen. Der Beweis, dass die Sonde also nicht in den Magen eingedrungen, sondern rückläufig umgebogen war, war somit erbracht.

Sind die Bougies endlich ganz steif, wie z. B. die aus Fischbein, und somit der oben genannten Gefahr des Umbiegens weniger aus-

gesetzt, so haben sie den anderen Nachtheil: sie fangen sich leicht an einer Falte oder Unebenheit der Speiseröhre oder finden doch wenigstens die etwas seitlich gelegene Öffnung einer Stenose nicht und täuschen so die Impermeabilität der Striktur vor.

All dem Gesagten gegenüber ergeben sich die Vorzüge der Spiralgummibougies von selbst: Sie vereinigen gleichzeitig eine steife und eine weiche Sonde in sich und gestatten in jeder Phase des Versuches eine wechselweise Verwendung beider. Dies ist eben, wie oben angedeutet, dadurch erreicht, dass in der von dem Gummiüberzuge bedeckten Stahldrahtspirale ein starrer mitteldicker Stahldraht leicht beweglich gleitet, der auch während und nach der Einführung der Sonde in den lebenden Körper ohne Gefahr und Beschwerden hin und her geschoben werden kann.

Auf diese Weise ist die Spiralsonde ganz im Interesse der Sicherheit des Sondirungsresultates eine steife Sonde. Gleichzeitig ist das Instrument, nach Herausnahme des starren Stahlstabes, im Interesse der Gefahrlosigkeit der Sondirung weich und geschmeidig, namentlich stets an dem vordringenden, zuerst eingeführten Ende. Diese weiche, geschmeidige Spitze findet bei Ausnutzung aller Bewegungsmöglichkeiten leicht das Lumen einer Stenose. Umbiegungen sind momentan durch den nachzuschiebenden Draht auszuschließen.

Ich sage: »aller Bewegungsmöglichkeiten«. Denn wenn die Sonde außer der indirekten Leitung und Beeinflussbarkeit durch den inneren Draht noch einige weitere Eigenschaften, z. B. Federung etc., besitzt, so ist dies nur im Interesse ihrer Aufgabe: sie behält Biegungen und Krümmungen nicht bei, strebt vielmehr stets mit mäßigem Drucke der Geraden zu[2]. In Folge der Rotirbarkeit ferner und wurmartigen Beweglichkeit findet die Sondenspitze leichter ein excentrisch gelagertes Lumen.

Die durch genannte Eigenschaften leichtere und gefahrlosere Einführbarkeit der Sonde erlaubt es eher, dem Kranken selbst das Instrument in die Hand zu geben und denselben auf Zeiten sich selbst zu überlassen.

Ganz analog wie mit der soeben geschilderten Speiseröhrensondirung verhält es sich mit der Sondirung des Mastdarms mittels eines im Princip dem Speiseröhrenbougie ganz ähnlichen Instrumentes, meines aus Spiralmetallschlauch und Führungsdrähten bestehenden Mastdarmrohres. Die eigenthümliche Konstruktion des Instrumentes erlaubt es wiederum, trotz der Verletzlichkeit des zu sondirenden Darmes auf indirektem Wege mit einem relativ steifen Stahlstabe gefahrlos zu sondiren. Denn damit man nichts verletze, geschieht die Sondirung unter Deckung eines Metallschlauches, in dessen hohlem

[2] Wie weit die Federung der Sonden für die Sondirung des Pylorus in Frage kommt, vergleiche frühere Arbeiten: F. Kuhn, Methodik der Pylorussondirung. Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 36 u. 37.

Innenraume das kuglige Ende des steifen Stahlstabes leicht beweglich gleitet, bald zur Führung des Rohres dienend, bald um Bewegungen, die auch von den Bauchdecken sichtbar sind, auszulösen. Indem das Darmrohr bald weich, bald steif ist, bald rotirt, bald weiter vordringt, gelingt es, das Darmrohr häufig bis zur Flexura coli sinistra emporzuschieben, wie ich seiner Zeit in einer Arbeit[3] über die Mastdarmsondirung (Zeichnung) zeigen konnte, in der ich auch die Anatomie und Topographie dieser Theile darlegte.

Will man der Metallschlauchsonde noch mehr Eigenschaften geben, z. B. Federung, so kann man auch federnde Führungen, aus starren Spiralen, wie in der ersten Publikation[4] ausgeführt, benutzen. Für den praktischen Gebrauch scheint mir aber der Stahldrahtmandrin am einfachsten und ausreichend. In dieser Form scheint auch das Darmrohr vielfach Anklang gefunden zu haben, wie die Anzahl der von der Fabrik[5] bereits gelieferten Exemplare beweist.

Zum Schlusse möchte ich noch einige chirurgische Verwendungen, zu denen sich mir Spiralsonden mit und ohne indirekten Sondirungsmodus praktisch bewährt haben, in Kürze erwähnen.

Für die Gallenwege z. B. finde ich in vielen Fällen eine ganz eng gewickelte Spiralstahldrahtsonde von der Dicke eines Notizbuchbleistiftes, die auf der Oberfläche ganz glatt polirt ist und an den Enden kleinere oder größere Knöpfe trägt, sehr angenehm. Sie findet die Gänge, deren Verlauf sie sich zwanglos anpasst, leicht und ohne Gefahr und ohne Zerrung, gleitet leicht in dem Hepaticus und seinen Zweigen nach oben, folgt dem Choledochus nach unten bis in den Darm und erlaubt die Wegsamkeit dieser Gänge festzustellen, namentlich wenn ein Finger in der Bauchhöhle den Gang der Sonde und des Sondenknopfes kontrollirt. Für derartige Zwecke erscheint mir eine geschmeidige, nach allen Richtungen biegsame Spiralsonde sehr viel besser als starre Sonden. Zum Zwecke größerer Glätte lässt sich die Sonde auch mit einem Nélatonbezuge versehen.

Auch bei Fistelsondirungen, z. B. alten Senkungsabscessen von der Wirbelsäule nach der Leistenbeuge, hat mir eine dünne Spiralsonde, welche mir die Firma Evens & Pistor aus Stahldraht herstellte und dann auf der Oberfläche glättete, beim Auffinden der langen Kanäle schon recht gute Dienste geleistet und mir Fistelwege zugängig gemacht, die starre Sonden trotz aller Mühe, und auch nachdem sie von den Spiralsonden passirt waren, nicht erreichten. Auch diese Sonden und Söndchen können durch innen laufende Stahldrähte mehr oder weniger steif gemacht werden.

---

[3] F. Kuhn, Dickdarmsondirung und Darmrohr. Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 2.

[4] F. Kuhn, Ein neues Darmrohr. Allgemeine med. Centralzeitung 1897. No. 71 u. 72.

[5] Instrumentenfabriken Evens & Pistor, Kassel.

1) **Maréchaux.** Gelenktrauma und akuter Gelenkrheumatismus.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 13.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 4 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus unter ausführlicher, kritischer Beleuchtung des event. ursächlichen Zusammenhanges mit vorher erlittenen Unfällen und stellt am Schlusse der Arbeit die aus seinen eigenen Beobachtungen und der einschlägigen Litteratur gewonnenen Folgerungen, welche für die Beurtheilung der ätiologischen Beziehungen zwischen akutem Gelenkrheumatismus und Trauma ins Auge gefasst werden müssen, kurz zusammen. Im Einzelnen auf dieselben einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. Es empfiehlt sich demnach, die Arbeit im Originale zu lesen. **Motz** (Hannover).

---

2) **Hoffa.** Über multiple kartilaginäre Exostosen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 4.)

Anschließend an einen Fall bespricht H. die multiplen kartilaginären Exostosen. Der Name für diese Erkrankung stammt von Astley Cooper, doch war Virchow der erste, der das Wesen der Krankheit feststellte. Es handelt sich um Knochenauswüchse an der Oberfläche der Knochen, welche theils aus kompakter, theils aus spongiöser Knochensubstanz bestehen und an ihrer Oberfläche Knorpel tragen. Das Wachsthum geschieht vom Knorpel aus und durch Ossifikation desselben. Diese Exostosen entstehen durchweg im jugendlichen Alter, wenn das Knochenwachsthum noch nicht abgeschlossen ist; ihr Wachsthum hört auf, wenn das allgemeine Wachsthum beendet ist. Wunderbarerweise können sie sich auch wieder zurückbilden. Der Erste, der ihre Erblichkeit erkannte, war Virchow; er führte die Entstehung der kartilaginären Exostosen auf Abnormitäten in der Ossifikation der transitorischen Knorpel zurück und betonte für die Erklärung dieser Abnormitäten die Erblichkeit, andererseits führte er die Störung im Intermediärknorpel auf in früher Jugend überstandene Knochenkrankheiten zurück. v. Bergmann erklärte dann, gestützt ebenfalls auf die Erblichkeit, die kartilaginären Exostosen als eine eigene Krankheit, eine Wachsthumsstörung der Intermediärknorpel, gegeben durch eine ursprüngliche fehlerhafte Anlage.

In neuester Zeit hat man eine bis dahin übersehene Eigenthümlichkeit der kartilaginären Exostosen entdeckt — eigenthümliche Wachsthumsstörungen, welche bei den exostotischen Knochenwucherungen auftreten (Volkmann) — Verkürzungen, als eine Hemmung des physiologischen Längswachsthumes, abnorme Verkrümmungen, Verbiegungen der Knochen. Helferich und Bessel-Hagen zeigten, dass diese Verbiegungen nicht rachitisch, sondern dass sie vielmehr,

eben so wie die Exostosen selbst, auf anderweitige Veränderungen des intermediären Knorpels zurückzuführen sind.

Es handelt sich also bei den Pat. um eine vorzeitige Verknöcherung der Epiphysenlinien. Angesichts der Erblichkeit meint H. als Ursache der frühzeitigen Verknöcherung einen Fehler in der ersten Anlage der Epiphysenlinie ansehen zu müssen. »Die Exostosenbildung geht jedenfalls Hand in Hand mit dem Verschwinden der Epiphysenlinie, und es ist wohl denkbar, dass die multiple Exostosenbildung darauf beruht, dass Material, welches ursprünglich bestimmt war, das Längenwachsthum des Knochens zu besorgen, nunmehr eben durch die vorliegende und noch unbekannte Störung in der Entwicklung der Epiphysenlinien nach außen gedrängt worden ist, so dass es jetzt statt in die Länge in unregelmäßiger Weise in die Breite gewachsen ist.« **H. Wagner** (Breslau).

---

3) **A. A. Abrashanow.** Transplantation und Plombiren der Knochen.

Diss., St. Petersburg, 1900. [Russisch.]

33 Experimente an jungen Hunden, 8 mit theilweise dekalcinirtem Knochen, so dass letzterer noch einige Festigkeit besitzt. Der dekalcinirte Knochen ist zur Ausfüllung von Knochenhöhlen verwendbar: er verklebt mit den Höhlenwänden, wird an der Peripherie hart und im Centrum resorbirt. Dasselbe Resultat gaben 6 Versuche mit nicht dekalcinirtem Knochen; befindet sich aber das Versuchsthier in intensivem Wachsthume, so hindert der nicht dekalcinirte Knochen die Ausfüllung der Knochenhöhle, da er nicht rasch resorbirt werden kann. Lebender Knochen (3 Versuche) ist das beste Ausfüllungsmaterial. Kohle, Gips, ausgeglühter Knochen, Guttaperschaplombe und Paraffin können auch in Knochenhöhlen verwachsen. Gips wird zu schnell resorbirt. Guttapertscha kann nur als Fremdkörper einwachsen. Hauptbedingung zum Erfolge ist Anti- und Asepsis. Das zu transplantirende Material muss man in kleinen Stückchen nehmen, nicht als großes Stück. Die Blutung braucht nicht allzu peinlich gestillt zu werden. Obgleich der lebende Knochen das beste Material ist, so wird man demselben doch todtes Material vorziehen, da es kein neues Trauma erfordert. Am besten nimmt man dekalcinirten oder nicht dekalcinirten Knochen. Mikroskopisch zeigte es sich, dass der Process überall der gleiche ist: vom Mutterknochen aus bildet sich neue Knochensubstanz, die transplantirten Stücke zerfallen und werden resorbirt. Der lebende transplantirte Knochen verliert seine Lebensfähigkeit und wird wie das übrige Material resorbirt. Die Resorption der Knochenkohle wird von reichlicher Bildung von Narbengewebe begleitet. — 5 klinische Fälle (tuberkulöse Affektion der Extremitätenknochen) zeigten: Knochen (dekalcinirt oder nicht dekalcinirt) und Knochenkohle sind gut verwendbar, doch ist Knochen besser als Knochenkohle: letztere hemmt die Heilung durch Ausscheidung von Kohlepartikeln. An der Stelle der Transplantation

bildet sich Knochen, das transplantirte Material wird resorbirt. Die Transplantation von lebendem Knochen hat hier keinen Vorzug vor todtem Materiale. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **Neumann.** Über das Vorkommen der alimentären Glykosurie bei Nervenerkrankungen nach Unfällen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 8.)

Verf. veröffentlicht die Resultate der seit dem Jahre 1898 in der chirurgisch-mechanischen Heilanstalt des Prof. Dr. Thiem zu Cottbus vorgenommenen Untersuchungen über das Vorkommen der alimentären Glykosurie bei Personen, welche nach einem Unfalle an Nervenleiden (Neurasthenie, Hysterie) erkrankten.

Er beschreibt die angewandten Untersuchungsmethoden.

Als positiv wurde nur der Ausfall angesehen, wenn an 3 hinter einander folgenden Versuchstagen sämmtliche Proben mit einer der angegebenen Untersuchungsmethoden Zucker zeigte, und die Wiederholung des Versuches nach einigen Tagen oder Wochen wieder ein positives Ergebnis hatte.

Von 41 untersuchten Fällen zeigten 12 ein positives Ergebnis, demnach 34,16%; bei 4 Fällen bestand transitorische Disposition.

Am Schlusse der Arbeit stellt Verf. das Ergebnis der untersuchten 41 Fälle tabellarisch geordnet zusammen.

Motz (Hannover).

---

5) **Neustätter.** Grundriss der Theorie und Praxis der Schattenprobe (Skiaskopie).

München, **J. E. Lehmann,** 1900. 59 S.

Verf. giebt eine erschöpfende theoretische und praktische Darstellung der Benutzung des Planspiegels und des Konkavspiegels zur Bestimmung der Refraktion.

Seine übersichtlich klare Schreibweise ist wohl geeignet, den Studirenden in das immerhin nicht leichte physikalische Gebiet gut einführen, aber auch den Vorgeschrittenen zu fördern in der objektiven Beurtheilung des Brechungszustandes des Auges.

Es kann diese Arbeit dem Studium bestens empfohlen werden.

H. Wagner (Breslau).

---

6) **E. Rohn.** Über Äthylchloridnarkose.

(Prager klin. Wochenschrift 1900. No. 21.)

R. berichtet über die Erfahrungen an 60 Fällen aus Pick's dermatologischer Klinik; dieselben lauten durchweg günstig. Als Vortheile des Äthylchlorids vor anderen Narcoticis bezeichnet R. den raschen Eintritt der Anästhesie, das sofortige Erwachen aus der Narkose, die Nichtbeeinflussung der Athmung und Herzthätigkeit, die geringe Excitation und das Fehlen übler Nachwirkungen. Seine Nachtheile sind die meist bestehen bleibende Muskelspannung, dass

es sich zu lang dauernden Operationen nicht eignet, und sein hoher Preis. Es ist also besonders indicirt bei kurz dauernden Operationen und bei Kranken mit Lungen-, Herz- oder Nierenaffektionen. R. erlebte keine üblen Zufälle bei der Äthylchloridnarkose. Doch ist von Lotheissen aus der v. Hacker'schen Klinik ein Todesfall bei Sklerose der Coronararterien und Herzdegeneration veröffentlicht worden.

Jaffé (Hamburg).

---

7) **W. K. Didrichson.** Zur Pharmakologie des Nirvanins.

(Wratsch 1900. No. 21. [Russisch.])

In einer vorläufigen Mittheilung kommt D. auf Grund von Thierexperimenten zum Schlusse, dass das Nirvanin nicht als unschuldiges Mittel anzusehen ist. Seine Giftigkeit ist viel größer, als Joanin, Marquot u. A. angeben. Im Excitationsstadium treten Reizung der psychomotorischen Centren, Bewusstlosigkeit, unangenehme Hallucinationen auf; später — bei tödlichen Dosen — tonische und klonische Krämpfe. Jedes Mal wird unfreiwillig der Darm, oft auch die Blase entleert; vermehrte Salivation. Bei wiederholten Gaben rufen selbst kleine Dosen Vergiftungssymptome hervor (kumulirende Wirkung oder konstante Veränderungen im Körper nach den früheren Gaben). Die Wirkung des Mittels scheint nicht immer dem Verhältnis der Dose zum Körpergewicht proportional zu sein: Große Thiere leiden selbst nach kleinen Dosen, und umgekehrt vertragen oft kleine Thiere verhältnismäßig große Gaben.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

8) **M. S. Uwarow.** Notiz über das Nirvanin.

(Wratsch 1900. No. 23. [Russisch.])

U. wandte 30mal das Nirvanin bei kleineren Operationen an, in Lösungen von 1/2% (bis 4 Pravaz) —2% (bis zu 2 Pravazspritzen). 11mal war die Anästhesie vollständig, 11mal genügend, 4mal wurde sie nicht erreicht, und 4mal war das Resultat ungewiss. Schwache Lösungen gaben relativ eben so oft Anästhesie als starke. Beim Stehen wird die Lösung roth, die Reaktion sauer, die Wirkung schwächer; diese Veränderungen (ähnlich denen des Physostigmins) treten schon nach 1 1/2—3 Wochen auf. 2mal beobachtete U. Synkope, vielleicht unabhängig vom Nirvanin; konstant war bei den Injektionen Brennen. Je 2mal trat Beschleunigung der Herzarbeit und Mydriasis auf der operirten Seite auf. U. machte Experimente an 87 Katzen; 9mal fand er Mydriasis auf der Seite der Injektion, mit erhaltenem Pupillarreflex, davon 2mal mit vermehrter Thränenabsonderung, und 15mal wurden die Herzkontraktionen schneller. Daraus schließt U., dass das Nirvanin speciell auf den Nervus sympathicus wirkt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) **W. A. Nemtschenkow.** Die Radikalbehandlung von Phlegmonen, Karbunkeln, Anthrax, Erysipel, Rotz, Parotitis, Lupus, Diphtherie, Gelenkrheumatismus und anderen Infektionskrankheiten lokalen Charakters mit schichtweisen Injektionen von 5%igen wässrigen Phenollösungen.

(Wratsch 1900. No. 22. [Russisch.])

N. injicirt in die Infiltrationszone 1—2 Pravazspritzen; bei bösartigen Affektionen 2—4 Spritzen, davon die Hälfte ins Centrum, die andere Hälfte in die infiltrirte Zone. Nach 3—4 Tagen können noch 1—2 Spritzen injicirt werden. Außer obigen Krankheiten sah N. Heilung nach meist 3—10 Tagen bei inficirten Wunden des Kniegelenks (6 Fälle), bei Periostitis, Glossitis, Drüsentuberkulose, Unterschenkelgeschwüren (10 Fälle), Ozaena (3 Fälle). Meist schon am nächsten Tage, spätestens nach 4 Tagen trat Temperaturabfall bis zur Norm ein. Die Schmerzen schwinden, und die Eiterung hört auf, ersteres schon nach 5 Minuten. — Unangenehme Nebenwirkung wurde in keinem von den 147 Fällen des Verf. beobachtet.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

10) **M. Wassermann.** Über die Veränderungen der Fossa retromaxillaris bei wechselnder Lage des Unterkiefers und deren Benutzung in der Chirurgie.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 14.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei der wechselnden Stellung des Unterkiefers der Zugang zu der Fossa retromaxillaris sehr verschieden ist. Das kommt dadurch zu Stande, dass beim Öffnen des Unterkiefers das Capitulum mandibulae auf die Vorderfläche des Tuberculum articulare ossis temporalis vorrückt. Bei extremer Öffnung des Kiefers tritt dafür aber der hintere Rand des Ramus ascendens mandibulae nach hinten, so dass in dieser extremen Stellung zwar der obere Theil der Fossa retromaxillaris weit klafft, der untere Theil aber beengt erscheint. Am freiesten ist der Zugang zu der Fossa retromaxillaris bei einer Mittelstellung, bei der die Zähne etwa $1^1/_2$ cm von einander entfernt sind, wenn man zugleich eine seitliche Kaubewegung nach der anderen Seite machen lässt. Man kann sich von der Richtigkeit dieser Verhältnisse ohne Weiteres am macerirten Schädel oder durch das Gefühl am eigenen Kopfe überzeugen. Verf. giebt 2 schematische Zeichnungen (bei denen übrigens durch Druckfehler die Erklärung im Texte nicht mit dem Bilde stimmt).

Es leuchtet ein, dass man von der Beachtung dieser Verhältnisse bei Operationen in der Fossa retromaxillaris, bei Incision von Entzündungen, Exstirpation von Neubildungen, Operationen am Nervus facialis, den unteren Ästen des Trigeminus III, der Arteria maxillaris und auch den noch tiefer an der vorderen Schädelbasis

gelegenen Organen Nutzen ziehen kann, indem man durch einen Assistenten dem Unterkiefer diejenige Stellung geben lässt, bei der die Fossa retromaxillaris am besten zugänglich ist.

Grisson (Hamburg).

---

11) **A. Wölfler.** Zur operativen Behandlung des Torticollis spasmodicus.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 2.)

W. berichtet über eine 56jährige Frau, die seit 3 Jahren an dem in der Überschrift genannten Übel litt. Bei Druck auf die Eintrittsstelle des rechten N. accessorius in den Kopfnicker hörten die Krämpfe vorübergehend auf. W. resecirte zunächst ein 6 cm langes Stück des N. accessorius, und als dies wohl Besserung, aber keine Heilung brachte, resecirte er 1 Jahr später den II. und III. Cervicalnerv so wie den M. obliquus inferior. Nun trat allmählich völlige Heilung ein, die jetzt seit 3 Jahren anhält.

Der Vorschlag, die ersten 3 Cervicalnerven zu reseciren, geht von englischen Autoren aus. Die Muskeldurchschneidung hat besonders Kocher empfohlen. In der Litteratur fand W. 15 Resektionen der Cervicalnerven mit 11 Heilungen und 4 Besserungen, 12 Fälle von Muskeldurchschneidungen mit 7 Heilungen, 3 Besserungen, 2 Misserfolgen, dagegen 68 Fälle von Resektion des Nervus accessorius allein mit nur 23 vollen Heilungen. W. betont die Nothwendigkeit, bei Misserfolgen nach der Resektion des Nervus accessorius allein die Resektion der ersten 3 Cervicalnerven in Erwägung zu ziehen.

Jaffé (Hamburg).

---

12) **A. G. Ostrowski.** Über die Infektion des Kehlkopfs bei Lungentuberkulose.

Diss., St. Petersburg, 1900. [Russisch.]

Bekanntlich sind die meisten Forscher der Ansicht, dass die Infektion vom Kehlkopfepithel aus erfolgt, wogegen Pfeiffer, Korkunow u. A. die Lymphgefäße für die Bahn der Infektion halten. O. untersuchte den Kehlkopf von 24 Leichen, 14 mit Geschwüren, 7 mit Erosionen und Tuberkeln, 3 mit bloß katarrhalischen Veränderungen in demselben. Dabei fand er den Tuberkulosebacillus in allen Schichten der Schleimhaut bis zur Muscularis, die Infektion findet also vom Epithel aus statt. Im ersten Stadium der Krankheit (Erosionen und Tuberkel) fanden sich in der Schleimhaut nur spärliche Bacillen, und dabei nur in den oberflächlichen Schichten; in späteren Stadien waren sie sehr zahlreich und saßen mehr in der Tiefe. In den benachbarten Lymphdrüsen wurden bei Geschwüren im Kehlkopf gewöhnlich weniger Bacillen gefunden, als in der Schleimhaut; bei Fehlen von Geschwüren fehlten die Bacillen in den Lymphdrüsen vollständig.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

13) **Verneuil.** La chirurgie pleuro-pulmonaire.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1900. No. 6.)

In obigem Aufsatze entwickelt V. in anschaulicher Weise den heutigen Stand der Pleura-Lungenchirurgie. Nach Würdigung der diagnostischen Hilfsmittel, Perkussion, Auskultation, Explorativpunktion, Palpation der Lungen durch den Pleuraraum hindurch, Untersuchung der Expektorationen, Radiographie etc., entwickelt er die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen bei Geschwülsten der Brustwand, bei Traumen der Pleuren und Lungen, bei Fremdkörpern in denselben, bei eitriger Pleuritis, bei Geschwülsten der Pleuren und Lungen, bei Lungenabscess, interlobären Eiteransammlungen, Lungengangrän, Bronchiektasie, tuberkulösen Kavernen und Lungentuberkulose. Die neueste Litteratur ist ausführlich zusammengestellt und besprochen. Wenn gleich die Arbeit direkt nichts Neues bringt, so ist sie lehrreich dadurch, dass sie uns nicht nur zeigt, wie weit wir es bereits in der Lungen-Pleurachirurgie gebracht haben, sondern wie wir weiter arbeiten müssen, um die bereits errungenen Erfolge noch zu erhöhen. Der Radiographie des Thorax prognosticirt Verf. eine große Zukunft. Er ist kein Freund kleiner furchtsamer Eingriffe — nach festgestelltem Operationsplane soll heroisch vorgegangen werden. Die Pneumopexie nach Thoraxeröffnungen soll den allgemeinen Pneumothorax verhüten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

14) **F. Terrier** et **E. Reymond.** Chirurgie de la plèvre et du poumon.

Paris, F. **Alcan,** 1899. 292 S. Mit 67 Figuren im Texte.

Das vorliegende Buch behandelt die chirurgische Technik der an Lunge und Brustfell auszuführenden Operationen, ihre Indikationen und Komplikationen. Die Grundsätze, welche Verff. in den einzelnen Fragen vertreten, decken sich zum großen Theile mit den auch in Deutschland gewohnten Anschauungen; in manchen Punkten jedoch befürworten sie ein etwas aktiveres Vorgehen und dürften dabei, nach Ansicht des Ref., vielleicht noch nicht der Zustimmung aller Chirurgen sicher sein. So sind Verff. geneigt, der ausgedehnten Rippenresektion und Thorakoplastik ein breites Feld in der chirurgischen Therapie einzuräumen. Sie solle auch bei tuberkulöser eitriger Pleuritis ihre Anwendung finden, und bei Empyemfisteln, sei es, dass diese mit den Bronchien oder durch die Thoraxwand nach außen kommuniciren, möge man nicht zu lange mit der Radikaloperation warten. Überhaupt müsse die Thorakoplastik häufig nicht nur bestehenden Schäden (z. B. Fisteln u. dgl.) abzuhelfen, sondern dieselben zu verhüten bestrebt sein. Die Wahl der Methode richtet sich nach der Größe der Höhle und der Ausdehnungsfähigkeit der Lunge. Auch bei dem tuberkulösen Pyopneumothorax sei die Operation sehr wohl zulässig, falls das Grundleiden noch auf kleine

Herde beschränkt ist. In der Therapie der Lungenwunden scheine ein direktes Eingreifen in Zukunft ebenfalls einen immer wichtigeren Platz beanspruchen zu dürfen; bedrohliche Erscheinungen müssen dies natürlich vorerst indiciren. Ein Lungenabscess sollte möglichst bald zu eröffnen gesucht werden, auch dann, wenn die Diagnose noch nicht sicher stehe. Die Lungengangrän erfordert einen durch Rippenresektion gewonnenen breiten Zugang zum Erkrankungsherde. Für die chirurgischen Eingriffe an der Lunge wird das einzeitige Verfahren auch bei gesunder Pleura empfohlen; diese müsse nöthigen Falls durch sorgfältige Umnähung des Operationsfeldes geschützt werden. Die Probepunktion halten auch Verff. bei Lungenerkrankungen im Großen und Ganzen für verwerflich, wenn sie nicht einen Vorakt der Radikaloperation darstellt. Spülungen sind möglichst zu vermeiden und bei Kommunikation des Erkrankungsherdes mit der Lunge verboten. Litteratur und Kasuistik sind eingehend berücksichtigt; und so bietet das Buch im Großen und Ganzen einen recht guten Überblick über die Entwicklung und den heutigen Stand dieses noch neueren Kapitels der modernen Chirurgie.

A. Most (Breslau).

---

15) **Leppmann.** Wann sind Zerreißungen der großen Körperschlagader als Unfallfolgen zu betrachten?

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 14.)

Verf. giebt unter Aufzählung zahlreicher, in der Litteratur niedergelegter einschlägiger Fälle eine Übersicht über all die Unfallmomente, welche bisher eine Aortenruptur nachweislich hervorzurufen im Stande gewesen sind. Er zieht hieraus unter Betonung der Schwierigkeit bei Begutachtung derartiger Fälle die Folgerung, dass das Gutachten nie auf das bloße Bestehen oder Nichtbestehen einer sichtbaren Erkrankung an der Aortenwand hin den Zusammenhang des Risses mit einem Betriebsunfalle bejahen oder verneinen dürfe, nie eine scheinbar äußere Gewaltwirkung ohne Weiteres als Ursache der Aortenzerreißung ausschließen dürfe. Bei der Beurtheilung eines jeden derartigen Falles räth er zur Aufstellung der Frage: »Ist ein Unfall nachgewiesen, der seiner Art nach die Aortenwand zur Zerreißung bringen konnte?« und: »War das Verhalten des Verletzten vor und nach dem Unfalle so, dass man nicht annehmen kann, die Zerreißung sei schon früher oder erst später erfolgt?«

Im Weiteren geht Verf. näher auf das klinische Bild der Aortenruptur ein und giebt zum Schlusse in Kürze die Krankengeschichte eines Falles von Aortenruptur in Folge Unfall.

Einem 45jährigen, bisher anscheinend gesunden Arbeiter fallen beim Aufladen von Mauersteinen einige derselben seiner eigenen Angabe nach auf den Kopf, wiewohl später auch die Brust beschmutzt gefunden wird. Er versucht zwar weiter zu arbeiten, doch stellen sich schon wenige Minuten später Kopfschmerzen und Brennen in der Brust ein, welche sich in der nächsten Zeit zusammen mit

Schwindel und Schwäche zusehends so steigern, dass nach 13 Stunden vor dem Eintreffen eines Arztes der Tod plötzlich eintritt.

Die Sektion ergiebt einen $2^1/_2$ cm langen Längsriss in der sonst normal beschaffenen Aorta dicht über der vorderen halbmondförmigen Klappe, dessen Ränder fetzig und mit Blut durchtränkt sind. Die weitere Untersuchung des Falles hat die Anerkennung als Unfall zu Folge.

Motz (Hannover).

---

16) **Honl.** Über Bakteriotherapie der Schenkelgeschwüre.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 5.)

H. hat gemeinschaftlich mit Bukovsky 100 Schenkelgeschwüre mit sterilisirtem Pyocyaneusserum verbunden und alle in kürzerer Zeit als mit anderen Methoden zur Heilung gebracht. Auf das vorliegende kurze Résumé sei hier nur hingewiesen, da über die ausführliche Arbeit von H. und Bukovsky in diesem Centralblatte bisher nicht referirt ist.

Grisson (Hamburg).

---

17) **Bade.** Die Ossifikation des menschlichen Fußskeletts nach Röntgogrammen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 4.)

Die Entwicklung des menschlichen Fußskeletts aus dem knorpeligen Zustande in den definitiven knöchernen geht in einem recht großen Zeitabschnitte vor sich. In der 10. Woche hat der Fötus einen äußerlich erkennbaren ausgebildeten Fuß, während aber von einer Ossifikation des Fußskeletts noch nichts zu sehen ist; andererseits sieht man aber noch im 14. Lebensjahre neue Knochenkerne auftreten, und erst im 18. Lebensjahre ist die Entwicklung des Fußskeletts beschlossen.

Die Verknöcherungen gehen nun in folgender Reihenfolge vor sich:

12. Woche Metatarsalknochen und distale Reihe der Phalangen,
16. Woche proximale Reihe der Phalangen und Mittelphalangen,
28. Woche Calcaneus,
31. Woche Talus,
zur Zeit der Geburt der Cuboid.

Es fehlen also beim neugeborenen Kinde noch

1) Kahnbein,
2) die 3 Cuneiformia,
3) die distale Epiphyse der Tibia und Fibula,
4) die Epiphysen der Metatarsalknochen und der einzelnen Phalangen.

Zuerst erscheint von diesen das Cuneiforme ext. beim 6 Monate alten Kinde. Im 16. Monate sehen wir dann einen knöchernen Epiphysenkern in der Tibia. Zwischen den 16. und 24. Monat fällt die Ossifikation des Cuneiform. int. und das Auftreten der Fibulaepiphyse. Im Alter von 2—$2^1/_2$ Jahren sehen wir den Schatten des

mittleren Cuneiforme erscheinen, gleichzeitig treten auch die Knochenschatten der Epiphysen der übrigen Röhrenknochen am Fuße auf; das Kahnbein ist der letzte von den Tarsalknochen, welcher auf dem Röntgenbilde erkennbar wird. Seine Ossifikation scheint auch keine gleichmäßige zu sein; die Bilder lassen erst im 4. Jahre einen Knochenkern erkennen. Damit haben sämmtliche konstante Knochen des Fußes ihre Kerne erhalten. Die Röntgenbilder der folgenden Jahrgänge zeigen ein Auswachsen der einzelnen Knochenkerne, bis sie ihre endgültige Gestalt annehmen.

Bevor das Fußskelett die definitive Form angenommen hat, sind noch 2 Punkte zu beobachten: 1) die Sesambeine an der großen Zehe, die wohl zu keinem Verkennen führen werden. 2) Nebenkerne am Tub. calcanei, die sehr leicht zu Verwechslungen mit Frakturen führen. Letztere treten nicht konstant ein, auch nicht zu derselben Zeit, so dass man sich Kontrollbilder schaffen könnte. Es treten auch mitunter mehrere Nebenkerne auf, die besonders im Zustande der Verschmelzung mit dem Calcaneuskörper frappirend den Eindruck einer Fraktur machen. Diese Nebenkerne treten gewöhnlich im 6.—10. Lebensjahre auf, sind aber selbst im 14.—18. Lebensjahre noch beobachtet.

Im 14. Lebensjahre beginnt auch die Verschmelzung der Epiphysenkerne der zugehörigen Hauptknochen, die etwa im 18. Jahre beendet ist. **H. Wagner** (Breslau).

---

18) **Görtz.** Bedingt der Verlust der Großzehe eine dauernde Erwerbsbeschränkung?

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 8.)

Bei Erörterung dieser Frage, Betreffs deren auch das Reichsversicherungsamt eine grundsätzliche Entscheidung noch nicht gefällt hat, geht Verf. kurz auf die anatomischen Stützpunkte des Fußes ein und kommt an der Hand mehrerer, in Kürze mitgetheilter Fälle zu dem Ergebnis, dass der einfache glatte Verlust der Großzehe eine zahlenmäßige Einbuße an Erwerbsfähigkeit in der Regel nicht bedingt.

In einem der mitgetheilten Fälle hatte der Pat. nach eigener Mittheilung $2^1/_2$ Jahre nach dem Verluste der rechten Großzehe den 1. Preis im Stabhochspringen errungen. **Motz** (Hannover).

Kleinere Mittheilungen.

19) **Wolff.** Akuter Gelenkrheumatismus und Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 16.)

Verf. bringt die Krankengeschichte folgenden Falles:

Eine 25jährige Wirthschafterin fällt beim Anstecken von Gardinen von einer Trittleiter herab auf die rechte Seite und besonders auf das rechte Knie. Sie arbeitet an diesem Tage noch weiter; doch schon während der Nacht stellt sich

heftiges Reißen im rechten Knie und in der rechten Schulter ein, und unter Temperatursteigerung entwickelt sich das ausgesprochene klinische Bild des akuten Gelenkrheumatismus. Nach 4monatlicher Behandlung im Krankenhause wird Pat. mit steifem rechten Knie entlassen und zur Nachbehandlung einem mediko-mechanischen Institute überwiesen. Daselbst wird eine Besserung des steifen Kniegelenkes erreicht; Pat. entzieht sich jedoch vor Abschluss des Heilverfahrens der weiteren Behandlung.

Verf. führt den Eintritt des Gelenkrheumatismus auf den erwähnten Unfall zurück und betont vor Allem die kurze Zwischenzeit zwischen dem Unfalle und den ersten Zeichen des eintretenden Gelenkrheumatismus. **Motz** (Hannover).

20) **Becker.** Gelenkrheumatismus nach Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 12.)

Verf. zieht nur die Fälle in Erörterung, in denen typischer Gelenkrheumatismus nach Verletzung eines Gelenkes durch stumpfe Gewalt beobachtet wurde. Er giebt eine Übersicht der bisherigen einschlägigen Litteratur, wobei er die einzelnen in derselben verzeichneten Fälle einer kurzen kritischen Beleuchtung unterwirft.

Im Anschlusse hieran bringt er die Krankengeschichte zweier von ihm begutachteter Fälle.

Fall I betrifft eine 59jährige Portiersfrau, die bereits seit Jahren an Erkrankungen an Gelenkrheumatismus gelitten, außerdem mit einem Herzfehler behaftet ist. Im unmittelbaren Anschlusse an eine Verstauchung des linken Fußgelenkes erkrankte dieselbe wiederum an Gelenkrheumatismus. Nach dessen Beseitigung verrichtete sie einige Wochen ihre frühere Beschäftigung, worauf sie an einem weiteren Recidive erkrankte, dies Mal jedoch ohne irgend welche Betheiligung seitens des linken Fußgelenkes. Pat. führte auch diese Neuerkrankung auf den angeführten Unfall zurück, während Verf. als Begutachter keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem letzten Recidive und dem genannten Unfalle erblicken konnte.

Fall II.

Ein bereits 2mal an Gelenkrheumatismus erkrankt gewesener 40jähriger Putzer erleidet eine Distorsion des rechten Schultergelenkes, welche ohne Komplikationen bis auf eine Bewegungsstörung des Schultergelenkes abheilt, wofür Pat. 40% Rente bezieht. Etwa nach einem halben Jahre erkrankt derselbe von Neuem an Gelenkrheumatismus, wodurch eine vorübergehende Verschlimmerung des rechten Schultergelenkes hervorgerufen wird. Da hierbei besonders das rechte Schultergelenk vom Rheumatismus erfasst gewesen, hält Verf. als Begutachter dieses Falles einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem genannten Unfalle und dieser Neuerkrankung an Gelenkrheumatismus für möglich. **Motz** (Hannover).

21) **Mayer.** Peliosis rheumatica und Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 13.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines eigenartigen Falles, in dem das Auftreten von Peliosis rheumatica in Folge eines Traumas zwar nicht erwiesen, seiner Meinung nach aber als wahrscheinlich anzusehen ist.

Eine 50jährige Frau fällt beim Kleeholen von einem niederen Wagen auf die Vorderfläche des linken Kniegelenkes. Es treten sofort Schmerzen im Gelenke und Schwellung auf. Trotz später zugezogener ärztlicher Hilfe bleibt bei auffallend geringem objektiven Befunde eine mit 30% Unfallrente ausgeglichene Funktionsstörung zurück. Einige Monate später zieht sich die Frau eine Phlegmone an Hand und Vorderarm rechts zu. Nach etwa 10 Monaten treten an beiden Unterschenkeln spontan Blutaustritte in die Haut auf, welche mit der Zeit an Intensität zunehmen.

Verf. ist unter kritischer Beleuchtung seiner Ansicht geneigt, diese Hautblutungen im Zusammenhange mit der Kniegelenkserkrankung als eine Peliosis rheumatica zu betrachten und in ihrer Entstehung auf den erwähnten Unfall zurückzuführen. **Motz** (Hannover).

22) Lauwers. De la valeur des injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations qui portent sur la cavité buccale.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. Juni.)

L. berichtet über 10 Mundhöhlenoperationen (Gaumenspalte 3, Zungenkrebs 2, Kiefernekrose 1, Zahnabscess 1, Lippenkrebs 2, Nasen-Rachenpolyp 1), in denen er am Abende vor der Operation 10—40 ccm Denys'sches Serum in die Halsgegend subkutan einspritzte. Die Fälle verliefen überraschend günstig, ohne die übliche Mundfäule. Fieber fehlte fast stets. — Obwohl L. noch keinen einschlägigen Fall beobachtete, glaubt er jetzt schon die Übelstände der Schluckpneumonie durch solche Injektionen abschwächen oder ganz verhüten zu können. Govis fand die Beobachtungen L.'s bei seinen eigenen Kranken bestätigt.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

23) W. A. Thiele. Ein Fall von Radikaloperation der Spina bifida.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 3.)

1896 operirte T. einen 3 Tage alten Knaben mit großer Myelomeningocele (kopfgroß); Sack offen, entleert viel Cerebrospinalflüssigkeit. Großer Defekt in den Bogen der beiden letzten Lumbal- und zweier Sacralwirbel. Haut entzündet. Naht des Bruchhalses, Amputation des Sackes mit dem Inhalte, Muskel-Aponeurosetransplantation nach Bayer. Tampon im unteren Wundwinkel, Hautnaht. Eiterung, Heilung per secundam, doch entzog sich Pat. nach 2 Wochen der weiteren Behandlung. — 1897 operirte T. einen analogen Fall: Tabaksbeutelnaht am Bruchhalse, Resektion eines Theiles des Sackes, Tamponade der Höhle. Die Knochentransplantation sollte später folgen, doch starb Pat. nach 2 Tagen. — 1898 operirte T. ein $9^1/_2$jähriges Mädchen mit Myelomeningocele lumbalis am 4. und 5. Lumbalwirbel; Bruch 12 : 11 : 7 cm groß mit schmalem Halse. Deckung des Defektes nach Senenko mit Platten aus den linken Hälften des 4. und 5. Wirbelbogens, darüber mit Muskel-Aponeuroselappen. Geringe Eiterung eines Hämatoms; Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

24) Monti. Contributo allo studio clinico della scoliosi lombare.

(Arch. di ortoped. 1900. No. 1.)

M. beschreibt die rechtskonvexe Lumbalskoliose eines 15jährigen jungen Mannes, bei welchem eine einseitige Ausübung des Rudersportes anzuschuldigen war. Pat. pflegte stets in derselben Stellung ein Ruder zu führen, wobei er sich allein mit dem linken Beine aufstemmte und das Ruder so gefasst hielt, dass der linke Arm einen größeren Bogen zu beschreiben hatte als der rechte. Autor erörtert, wie die einzelnen Haltungsphasen die Skoliose hervorbringen mussten. Durch Anwendung von Massage, Gymnastik, Korsett wurde wesentliche Besserung erzielt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

25) A. J. Dworetzki. Ein Fall von angeborener Trachealfistel.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. Juni. [Russisch.])

D. beschreibt einen Fall dieser seltenen Missbildung bei einem 14jährigen Knaben. Unter der Haut zieht sich ein Strang vom Ausschnitte des Schildknorpels beinahe bis zum Ausschnitte des Manubrium sterni. Hier findet sich, von einer sehr dünnen Membran bedeckt, eine 4 mm lange und $1^1/_2$ mm breite Öffnung, die jede 2.—3. Woche etwas dickflüssigen Schleim entleert. Die Operation wurde verweigert; Sonde geht nur ein paar Centimeter weit ein.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) McCosh. A case of retained and misplaced intubation-tube extracted by laryngotomie.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900.)

1jähriges Mädchen, wegen Krupdyspnoë von einem ungeübten Arzte intubirt. Während der ersten 8 Tage scheitern alle Extubirungsversuche; am 8. Tage geht

bei einem solchen Versuche die Tube verloren. Man nimmt an, das Kind habe sie verschluckt, und da ein Versuch, von Neuem das immer noch dyspnoische Kind zu intubiren, fehlschlägt, so wird ein Specialist zugezogen, der ohne erhebliche Schwierigkeit eine neue Tube einführt. Die Dyspnoë nimmt aber dauernd zu, über der rechten Lunge ist kein Athemgeräusch zu hören. Das ins Hospital gebrachte Kind wird mit Röntgenstrahlen durchleuchtet, und dabei sieht man eine Tube im Larynx, eine zweite in der Trachea. Tracheotomia inferior und Extraktion beider Tuben. — Während der folgenden 10 Monate werden vergebliche Versuche gemacht, die Trachealkanüle abzugewöhnen, der Kehlkopf stenosirt immer mehr und ist schließlich vollkommen obliterirt; das Kind starb 10 Monate nach der Operation an Pneumonie. **R. v. Hippel** (Dresden).

27) **Depage.** Diverticule pharyngo-oesophagien. Ablation. Guérison.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. No. 2.)

Bei einer 64 Jahre alten Frau, welche seit mehr als 35 Jahren an eigenthümlichen Schluckbeschwerden litt und in letzter Zeit sehr heruntergekommen war, entfernte D. in Narkose ein großes Divertikel, welches seinen Ansatz am Übergange vom Rachen in die Speiseröhre hatte und zum Theil hinter letzterer lag. Nach Freilegung der Geschwulst in der üblichen Weise durch Schnitt längs dem inneren Rande des Sternocleido-mastoideus wurde sie an ihrer Basis abgetragen und die entstandene Öffnung durch Doppelnaht geschlossen. Die Ernährung fand in der ersten Zeit nachher mittels einer von der Nase her eingeführten Sonde statt. Mit Ausnahme einer Eitersenkung ging die Heilung glatt von Statten. — D. hat in der Litteratur nach analogen Fällen gesucht und deren 14 gefunden, nämlich v. Bergmann (1), Kocher (2), Billroth (1), König (2), v. Maudach (1), Bayer (1), Butlin (2), Mixter (1), Witzel (2), Butlin (1).

E. Fischer (Straßburg i/E.).

28) **v. Heinleth.** Ein Fall von Carotisdrüsenperitheliom.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Den in der Litteratur mitgetheilten 6 Fällen von Geschwulst der Carotisdrüse reiht Verf. einen neuen an, der eine 60jährige Frau betraf, bei welcher die Halsgeschwulst vor ca. 40 Jahren, angeblich nach einer Zahnextraktion, entstanden, lange Jahre hindurch nicht weiter gewachsen und erst in den letzten größer geworden war. Die apfelgroße Geschwulst lag direkt hinter dem linken Kieferwinkel, fast unbeweglich unter Haut und Muskel, mäßig hart, glatt und rundlich, eine zweite, weicher, etwas beweglicher, am unteren Pole der ersten. Bei der Operation fand sich diese mit der Jugularis und in großer Ausdehnung mit der Carotis verwachsen, ließ sich indess von den Gefäßen ablösen; die Geschwulst saß an der Theilungsstelle der Carotis communis, zum größeren Theil an der Vorder-, zum kleineren Theil an der Rückseite, die kleinere war eine Lymphdrüse. Die Untersuchung der auf dem Durchschnitte einer Colloidstruma gleichenden Neubildung ergab ihren Ausgang von den Perithelien und Kapillaren. — Heilung seit 4 Jahren. — Auch in 4 der übrigen Fälle fand sich die fast stets am Ende der Pubertätszeit zuerst bemerkte Geschwulst auf der linken Halsseite, was nach v. H. wahrscheinlich mit den anatomischen Verhältnissen der Carotis sin. zusammenhängt; ihr Wachsthum war meist ein langsames, in Verf.'s Fall am größten. Letzterer ist der einzige, in dem die Carotiden nicht unterbunden zu werden brauchten; in selbigem war auch der sonst gefundene, von der Carotis in die Drüse abgehende Arterienzweig obliterirt. **Kramer** (Glogau).

29) **Mc Cosh.** A report of twenty cases of penetrating bullet-wound of the chest.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Die Schussverletzungen wurden sämmtlich durch großkalibrige Geschosse, meist aus nächster Nähe verursacht. 19 betrafen Männer, 1 ein Weib. 6 starben,

davon 2 im Chok (bei einem war außer der Lunge noch Herz, Milz und Leber, bei dem Anderen die linke Niere verletzt worden), 4 an Pneumonie. In einem Falle folgte ein lokalisirter Lungenabscess der Verletzung (Pat. war 2mal sondir worden!), entleerte sich aber durch einen Bronchus, und es erfolgte Heilung. Blutige Expektoration bestand in 14 Fällen, einmal 34 Tage anhaltend; trotzdem Heilung. Einmal war der Ösophagus mitverletzt worden; es bestand 9 Tage lang eine Fistel, die sich spontan schloss. **R. v. Hippel** (Dresden).

30) **M. Christovitsch.** Pneumotomie avec résection costale pour plaie du poumon par arme à feu. Guérison.

(Revue de chir. 1900. No. 7.)

Die Einschussöffnung fand sich bei dem 22jährigen, durch einen Schuss mit einem Revolver (großes Kaliber) kurz vor der Aufnahme in die Klinik verletzten Manne im 3. Interkostalraume linkerseits und blutete stark; eine Ausschussöffnung war nicht vorhanden. Während die Blutung nach außen unter Verband, Morphium etc. bald zum Stillstande kam, traten allmählich Erscheinungen eines Ergusses in die Pleurahöhle auf, die am 6. Tage zur Operation nöthigten. Dabei wurde ein eitrig gewordener Bluterguss entleert, nach Rippenresektionen die Pleurahöhle abgetastet und nach Erweiterung der Wunde (V-förmiger Lappen) auf das in der Lunge gefühlte Geschoss eingeschnitten, das nebst Blut, Eiter und nekrotischem Lungengewebe entfernt werden konnte. Gazetamponade etc. Vollständige Heilung. **Kramer** (Glogau).

31) **A. A. Kissel.** Ein Fall von Pyothorax bei einem 2jährigen Knaben, geheilt nach modificirter Methode Prof. Lewaschow's.

(Wratsch 1900. No. 22.)

Der Knabe erkrankte plötzlich vor 4 Wochen, ist sehr schwach und hat außer rechtsseitigem Pyothorax noch Gonitis d. tuberculosa. — $2^1/_2$ Wochen lang Ol. jecoris und Guajacolum carbonicum 0,1, 2mal pro die. Gewichtszunahme um 950,0. 20. Februar: mit einer Spritze von 10,0 werden 35,0 Eiter (in 4 Traktionen) entleert, und jedes Mal nach Entfernung des Eiters warme Kochsalzlösung injicirt. Pat. fieberte noch 9 Tage lang. Am 6. und 22. März wurde der Eingriff wiederholt, dann wurde kein Eiter mehr gefunden. 10. Mai: vollständig geheilt. — Die Methode ist äußerst einfach, rasch ausführbar, kann auch ambulatorisch angewandt werden. K. empfiehlt sie besonders für Pyothorax bei Tuberkulösen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

32) **F. Berndt.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Lungengangrän.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 19 u. 21.)

Der 1. Fall von metapeumonischer Gangrän zeigte einen höchst schleppenden Verlauf, die Gangrän kam erst $1^1/_2$ Jahr nach der Pneumonie zum Ausbruche. Nach Rippenresektion wurde 1 Liter stinkenden Eiters aus der Pleura entleert, ein Zusammenhang dieses Empyems mit der Lunge konnte bei der Operation nicht konstatirt werden. Trotz wiederholter Hämoptoë erholte sich der Pat. und konnte entlassen werden, es bestanden aber noch Höhlensymptome. 3 Monate später wieder jauchiger Auswurf, Punktion ergiebt Jauche. Incision längs der Punktionsnadel eröffnet eine gewaltige Höhle in der Lunge, aus der ein Suppenteller voll gangränöser Lungenfetzen entleert wird. Tamponade der Höhle. Wiederholte Hämoptoë beim Verbandwechsel wird jedes Mal durch feste Tamponade der Höhle gestillt. Völlige Heilung.

Weniger glücklich verlief der 2. Fall von akuter Gangrän. Bei der Rippenresektion pfiff Luft in die Pleura. Desshalb Naht der Pleura pulmonalis an die Pleura costalis. Nach positiver Punktion werden 3 cm Lungengewebe mit dem Paquelin durchgebrannt und eine Jauchehöhle eröffnet. Die Höhle ist faustgroß,

in der Tiefe pulsirt das Herz. 6 Tage später Collaps und Tod. Vor der Sektion wird die Höhle mit Gips ausgegossen (Abbildung des Abgusses). Es fand sich noch eine 2. gangränöse Höhle, die mit der incidirten durch eine enge Öffnung kommunicirte. Der Befund von multiplen Gangränherden ist selten.

Zur Feststellung der Diagnose wird man die Punktion nicht gut entbehren können, trotz der Gefahr, dass man dabei eine gesunde Pleurahöhle inficirt. Bei der Operation befürwortet Verf. entgegen anderen Autoren, unter allen Umständen durch Annähen der Pleura pulmonalis vor der Incision der Lunge die Pleurahöhle zu schützen. Für die Nachbehandlung zieht er die Tamponade der Drainage unbedingt vor, zumal da sie ihm im 1. Falle bei der Bekämpfung der gefährlichsten Komplikation, der Blutung, gute Dienste geleistet hat.

Grisson (Hamburg).

33) **R. Belin. Observation d'un cas rare de kyste dermoide du médiastin. Pneumectomie partielle. Guérison.**

Clermont (Oise), **Daix Frères,** 1900.

Der 22jährige Soldat W. wurde zuerst im Militärhospitale von Beauvais wegen einer zum Theil durch die Probepunktion erwiesenen Cyste der Thoraxhöhle behandelt. Es fand sich rechterseits in der Gegend der 4.—6. Rippe eine der Form dieser Skelettgegend angepasste, kugelige Geschwulst. Durch Resektion eines Stückes der 4. Rippe wurde dieselbe freigelegt und incidirt (5 cm breit), Inhalt der einer Dermoidcyste. Weder ein Ausgangspunkt, noch ein Stiel war zu eruiren; zudem war die Geschwulst mit der Umgebung — u. A. Lunge, Herz, Mediastinum — zum Theil fest verwachsen, wesshalb man von einer radikalen Entfernung absah und durch Jodinjektionen die Höhle zum Schrumpfen zu bringen suchte, was jedoch nicht gelang. 5 Jahre später kam Pat. in die Behandlung des Verf. mit einer reichlich stinkenden, Eiter secernirenden Fistel. Resektion der 2.—5. Rippe, Freilegung der Geschwulst, Versuch, nach Verkleinerung durch Beutelnaht und Anfrischung der verschiedenen Partien Schrumpfung herbeizuführen, jedoch ohne vollen Erfolg.

Dabei wurde konstatirt, dass die Fistel pleuro-pulmonal war. Erst ein Jahr später gelang es, nach Exstirpation eines atelektatischen, rechtsseitigen, 212 g schweren Lungenlappens die Cystenwände so zu mobilisiren, dass sie sich nach außen umstülpen und mit der Umgebung durch eine Reihe von Nähten allseitig vereinigen ließen. Hierdurch völlige Heilung.

Die aus der Litteratur angeführten 22 Fälle waren meistens Obduktionsfälle oder zuvor nicht richtig diagnosticirt. Der Fall ist somit bezüglich der Diagnose und des glücklichen Ausganges als ein seltener von Interesse.

Kronacher (München).

34) **F. S. Mandlebaum. A case of dermoid cyst of the mediastinum, with remarks upon the etiology and embryology, and a survey of recent cases.**

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Juli.)

30jährige Frau, Mutter von 3 gesunden Kindern, deren jüngstes, 5 Wochen alt, sie selbst nährt. Keine früheren Krankheiten. Seit 10 Monaten bemerkt sie eine Geschwulst oberhalb der rechten Brust in Höhe der 3. Rippe. Seit 4 Monaten schnelles Wachsthum der Geschwulst ohne nennenswerthe Beschwerden. Kein Fieber oder sonstige krankhafte Symptome.

Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Krankhaftes. In der Höhe der 3. Rippe rechts vorn eine orangengroße Geschwulst; Haut darüber frei verschieblich; mit der Unterlage ist die Geschwulst dagegen fest verwachsen. Geschwulst, weder spontan noch auf Druck schmerzhaft, fluktuirt deutlich. Punktion ergiebt dicken, gelblichen, honigartigen Inhalt. Keine Kompressionserscheinungen, kein Husten oder Auswurf.



Operation unter Schleich'scher Anästhesie (Dr. Gerster): Cyste, mit dem Pectoralis minor fest verwachsen, wird beim Versuche der Isolirung eröffnet und entleert dicke, braune, grützartige Flüssigkeit, mit hellen Haaren untermischt. Es zeigt sich, dass es sich um eine vielkammerige Cyste handelt, die zwischen 3. und 4. Rippenknorpel aus dem vorderen Mediastinum hervorwächst, letzteres vollständig ausfüllend. Nach Resektion von 2 Zoll des 3. Rippenknorpels werden die einzelnen Cystenabtheilungen nach einander entleert, der extrathoracische Theil der Cystenwand wird abgetragen, die Höhle ausgewaschen und drainirt. Die rechte Pleura wurde bei der Isolirung der Cyste verletzt, die Öffnung sorgfältig genäht, in der hinteren Axillarlinie 2 Zoll der 9. Rippe resecirt und die Pleurahöhle von hier aus drainirt. (Warum? Ref.)

Vom 5. Tage an Temperatursteigerung, rechtsseitige Pneumonie, dann, während die Cystenhöhle unter täglicher Irrigation sich allmählich verkleinert, Zeichen allgemeiner Sepsis, unter denen Pat. 49 Tage nach der Operation stirbt.

Obduktion ergiebt, dass die Cyste mit der rechten Lunge, Herzbeutel, großen Gefäßen und Zwerchfell fest verwachsen ist. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt neben vollkommen ausgebildeter Haut mit Haaren, Talg- und Schweißdrüsen auch Schilddrüsenbestandtheile, Knorpelinseln und glatte Muskelfasern.

An der Hand dieses Falles bespricht M. die Ätiologie bezw. Embryologie dieser Cysten unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur und schlägt folgende Eintheilung für dieselben vor:

1) Echte Dermoide mit ausschließlich ektodermalen Bestandtheilen.

2) Teratome oder Dermoide, welche außerdem noch Gewebe ento- und mesodermalen Ursprunges enthalten.

3) Echte Dermoide oder Teratome mit hinzugekommener Geschwulstbildung.

R. v. Hippel (Dresden).

35) **Carle.** Tuberculose mammaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. September.)

Verf. theilt 3 neue Fälle von Mastitis tuberculosa mit, die alle nicht als primär gelten können. In klinischer Beziehung macht C. darauf aufmerksam, dass die Axillardrüsen oft vor der Brustdrüse ergriffen sind, und dass es zu einer narbigen Einziehung der Brustwarze oft vor jeder Fistelbildung kommt. Histologisch verwerthet C. die mikroskopischen Schnitte für den Nachweis, dass der Tuberkel in der Mamma bindegewebigen Ursprunges ist. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

36) **Mc Williams.** Statistics of one hundred cases of cancer of the breast and the results of operation.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Von allgemeinem Interesse in dieser statistischen Arbeit ist Folgendes: Die operative Technik ist sehr radikal; abgesehen von der sicher berechtigten weiten Fortnahme der Haut wird nicht nur die sternale Portion des Pectoralis major, sondern auch der ganze Pectoralis minor weggenommen. — Die Resultate dieser ausgedehnten Operation sind nicht besser als die weniger heroischer Operateure: Im Anschlusse an die Operation starben 4 Pat. (1 an Chok, 2 an Pneumonie, 1 an Retentio urinae). Von den Überlebenden konnten von 66 Nachrichten erlangt werden. 3 Jahre nach der Operation lebten noch 17, davon 13 über 4 Jahre, 9 über 5 Jahre, 3 über 9 Jahre, 1 über 10 Jahre. Bei 49 traten in den ersten 2 Jahren Recidive auf, 15mal an Ort und Stelle, bei den Übrigen in inneren Organen oder in der anderen Brust. Eine Pat. starb nach 4 Jahren und 3 Monaten an Lungenkrebs, eine 2 Jahre und 6 Monate post op. an Hirnkrebs. 21 Fälle recidivirten im ersten, 28 im 2. Jahre post op. **R. v. Hippel** (Dresden).

37) **W. A. Thiele.** Gleichzeitige Ligatur der rechten Carotis communis und der Subclavia bei Aneurysma trunci brachiocephalici.

(Wratsch 1900. No. 21.)

Die Operation — die zweite in Russland — wurde von Prof. Weljaminow an einer 45jährigen Pat. nach 3jähriger Krankheitsdauer ausgeführt. Das Aneurysma hatte schon einen Theil des Schlüssel- und des Brustbeines usurirt. Vorbereitung: 5 Tage lang 4mal täglich Kompression der Carotis communis über dem Aneurysma, jedes Mal 10 Minuten lang; am Vorabend vor der Operation und am Morgen vor derselben subkutane Injektion von je 1,0 Sperminum Poehl. (Letzteres wird von Prof. Weljaminow vor größeren Operationen öfter angewendet.) Die 70 Minuten lange Narkose verlief ideal, auch später sehr guter Verlauf: gar keine Übelkeit. Nach 6 Monaten befand sich Pat. in guter Gesundheit. T. spricht sich zum Schlusse warm für die Operation nach Brasdor-Wardrop aus.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

38) **Garcin.** Riss in der großen Körperschlagader nach Unfall. Tod nach 6 Wochen.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 16.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines Falles genannter Art.

Ein 36jähriger Kaufmann fällt durch Ausgleiten rücklings mit solcher Gewalt auf den Cementboden des Magazins, dass er nur mit Hilfe von 4 Personen sich erheben kann. Pat. klagt sofort über heftige Schmerzen in der Gegend der linken Spina scapulae. Da diese Gegend geschwollen und druckempfindlich ist, wird zunächst die Diagnose auf einen partiellen Bruch des linken Schulterblattes gestellt. Nach 6 Wochen, als Pat. wieder völlig hergestellt zu sein scheint, treten plötzlich heftige Leibschmerzen, so wie Erbrechen auf. In der kommenden Nacht klagte derselbe über ein dumpfes Gefühl unter dem Brustbeine, »wie wenn etwas in ihm hinaufstiege«. Kurz darauf verliert er plötzlich die Besinnung und stirbt.

Bei der Sektion wird der Herzbeutel mit flüssigem Blute prall angefüllt (über 4 Trinkgläser voll) gefunden, während die Herzhöhlen fast völlig blutleer sind. Auf der hinteren rechten Seite der Hauptschlagader, 4—5 cm oberhalb der Klappe, besteht ein der Gefäßachse parallel verlaufender, 2,0 cm langer Einriss in die innere Gefäßwand, der in einen ca. hühnereigroßen Sack führt. Der Sack verläuft an der Aorta von vorn rechts nach hinten links und von oben nach unten und mündet hinter dem Anfange der Aorta an der Grenze des linken Vorhofes mittels einer fetzigen, rundlichen Rissstelle in den Herzbeutelraum. Die Aorta zeigt keine Verkalkungen, sondern nur wenige sehr oberflächliche Verfettungen. Außerdem wird ein in Verheilung begriffener Bruch des linken Rabenschnabelfortsatzes gefunden.

Verf. führt den Tod des Pat. auf das Bersten eines dissecirenden Aneurysmas in den Herzbeutel zurück. Den Riss an der Innenwand der Aorta bringt er in ursächlichen Zusammenhang mit dem oben erwähnten Unfalle. Die Dauer des Bestandes des Aneurysmas schätzt er auf 1—2 Tage.

Dieser Ansicht tritt Prof. v. Recklinghausen (Straßburg) in einem ausführlichen Gutachten, welches Verf. wiedergiebt, völlig bei. **Motz** (Hannover).

39) **J. E. Prichard.** The so called »stave of thumb« or Bennet's fracture.

(Brit. med. journ. 1900. Juni 23.)

Veranlasst durch Beatson's Mittheilung (Brit. med. journ 1900 Mai 5, Centralblatt 1900 No. 31) theilt P. mit, dass ihm ein ähnlicher Unfall widerfahren. Die Diagnose wurde auch in diesem Falle anfänglich nicht gestellt. Die Hauptbeschwerden bestanden in der Behinderung der Apposition des Daumens. Die Heilung erfolgte, wie aus dem beigefügten Röntgogramm ersichtlich, in fehler-

hafter Stellung, indem der proximale Theil des Metacarpusschaftes durch die Extensoren leicht nach oben und vorn verlagert worden war.

Weiss (Düsseldorf).

40) A. A. Kadjan. Ein Fall von interileo-abdominaler Exartikulation.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 4.)

Sarcoma globoparvicellulare femoris s. bei einem 25jährigen Studenten, seit 2 Jahren bestehend, 2—3 Finger über das Lig. Pouparti reichend. Starke Schmerzen. Nach Unterbindung der A. und V. iliaca externa löste K. die kranke Beckenhälfte von der gesunden, nach Durchsägung der Symphyse (nicht des Os pubis und ischii, da die Geschwulstmassen diese Knochen umwucherten); bedeutende Blutung aus dem M. iliacus und glutaeus. Lappen hinten; Naht der Rücken- und Bauchmuskeln, dann der Haut. Peritoneum blieb uneröffnet, von Fascia transversa und Zellgewebe bedeckt. — Äthernarkose. — 240,0, $1^1/_2$ Stunde lang. Collaps. Es gelang, Pat. 2 Tage lang am Leben zu erhalten. — Bei der Sektion fand man unerwartet Metastasen in der Pleura, besonders rechts, und einen Sarkomknoten im rechten unteren Lungenlappen.

Auf Grund seines Falles giebt K. folgende Rathschläge: Die Unterbindung der Art. iliaca externa allein genügt nicht, die Blutung bei der Operation ist zu bedeutend; daher ist es besser, die Iliaca communis oder die Hypogastrica auch zu unterbinden. Bei geschwächten, anämischen Pat., so wie bei mehr als 1 bis $1^1/_2$ Jahr dauernder Krankheit, wo also schon Metastasen wahrscheinlich sind, ist die Operation aussichtslos. Endlich fand K. in seinem Falle die Darmbeinschaufel gesund und würde in einem ähnlichen Falle das Os ilei nicht exartikuliren, sondern an der schmalsten Stelle — zwischen Incisura ischiadica und Spina ant. inf. — durchsägen, wodurch das Trauma viel kleiner würde.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

41) M. Mayoud. Un cas de luxation des tendons péroniers latéraux.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1900. p. 237.)

Oben bezeichnete Verrenkung bestand am linken Fuße eines $7^1/_2$jährigen Knaben. Eine Anamnese war nicht zu erhalten; vor 2 Jahren hatte er einen unbestimmten Unfall erlitten. Reste von spinaler Kinderlähmung: Schlotterfuß, Lähmung und Atrophie des Gastrocnemius.

Peronei reagirten bei faradischer Reizung gut, eben so alle vorderen Unterschenkelmuskeln. Bei Vornahme der Arthrodese zeigte sich, dass die Befestigung der Sehnen hinter dem äußeren Knöchel nicht zerrissen, sondern gedehnt war, dass ferner die Peronei keine abnorme Spannung aufwiesen und der Malleolus die normalen Kontouren zeigte. Die Ursache der Verschiebung ist daher in der primären Erschlaffung des Bandapparates in Folge von Ernährungsstörung zu suchen.

Fr. Göppert (Kattowitz).

42) Reymond. Compression du pédicule d'un rein mobile par une vésicule biliaire lithiasique et distendue. Néphropexie, cholécystostomie, guérison.

(Revue de chir. 1900. No. 6.)

Das Wesentliche des mitgetheilten, eine 38jährige Frau betreffenden Falles ist in der Überschrift enthalten; in der Litteratur konnte R. keine ähnliche Beobachtung auffinden. Erwähnt sei nur noch, dass die Niere durch Kompression des Anfangstheiles des Harnleiters und der Gefäße des Hilus bis aufs Doppelte vergrößert war und die Erscheinungen venöser Hyperämie zeigte; die Urinausscheidung war sehr gering. Nach der Nephropexie sank die bis auf 39° erhöht gewesene Temperatur rasch auf 38°, und entleerte sich bald reichlich klarer Urin. Die Cholecystostomie wurde 7 Tage später ausgeführt; die Gallenblase enthielt Eiter (Bact. coli) und 4 große Steine. Heilung. **Kramer** (Glogau).



43) **Cuneo.** Contributo alla nefrorrafia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 72.)

Verf. hat in 2 Fällen die Wandernieren von Frauen durch Nephropexie beseitigt. In beiden Fällen verschwanden die Symptome vollständig, obschon es sich in dem einen Falle um die Theilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose handelte. Die Operation der einen Pat. wurde vereinfacht durch eine verdickte und widerstandsfähige fibröse Kapsel, die mit der Niere fest verwachsen war. So wurde es ermöglicht, die Niere an ihrer Kapsel zu befestigen und das Parenchym unverletzt zu lassen. Die Kapsel, welche in den meisten Fällen hinderlich ist und entfernt werden muss, kann so zuweilen eine günstige Bedeutung erlangen. 14 Tage nach der Operation wurde eine Pat. von neuralgischen Schmerzen an der rechten Seite des Unterleibs und der Genitalien wie des Schenkels ergriffen, Symptome, die wohl auf eine Verletzung und Verwachsung der Lumbodorsalnerven mit Narbengewebe zurückzuführen waren. Dazu traten noch Ödem und venöse Stase der rechten Extremität, die vom Gefäßverschlusse durch Suturen abhängig zu machen waren. Schmerzen und Cirkulationsstörungen verschwanden erst allmählich nach 5 Wochen. **Dreyer** (Köln).

44) **S. O. Ssamochotzki.** Aus dem Gebiete der Nierenchirurgie.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 4.)

1) 26jähriger Mann, dem vor ein paar Monaten auf beiden Seiten radikale Herniotomie gemacht war, leidet seit lange an Schmerzen und Geschwulst rechts im Bauche. Keine Hämaturie, keine Nierenkolik. Probelaparotomie zeigt linke Niere normal; die Geschwulst erweist sich als mobile rechte Niere. Zum Zwecke der Nephropexie Schnitt nach Simon; im Nierenkelche wird ein Stein gefühlt und mittels Schnitt vorn am Nierenbecken entfernt (Urat, $7 \times 5 \times 4$ cm groß, 5,0 schwer). Dabei zeigt es sich, dass unten am Becken ein 2. Harnleiter abgeht und zufällig durchtrennt worden war. Verf. entfernte nach einigem Zögern die Niere (die sich später als beinahe normal erwies!). Nach 4 Wochen geheilt entlassen. — Beiläufig erwähnt S. eines seltenen Fundes bei einem an Typhus gestorbenen Manne: die rechte Niere hat keinen Hilus, innerer Rand wie der äußere abgerundet; vorn und hinten fanden sich an der Niere 9 Harnleiter, 1—3 mm weit; Medullarsubstanz in Form von Ringen von Kortikalsubstanz umgeben; auf dem Durchschnitte fand man 9 solche Ringe. Linke Niere normal; Pat. war 39 Jahre alt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

45) **M. Herzog and D. Lewis.** Embryonal renal adenosarcoma.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Juni.)

Der Fall, welcher den Ausführungen der Verff. zu Grunde liegt, betraf ein 16 Monate altes Kind (Mädchen), bei welchem L. wegen einer großen Geschwulst der rechten Niere die Nephrektomie ausführte. Tod nach 31 Stunden. Die Neubildung, eine angeborene Mischgeschwulst, welche die Niere fast vollkommen zur Atrophie gebracht hatte, ohne auf das Nierengewebe überzugreifen, wird in ihrer Zusammensetzung sehr ausführlich beschrieben; sie enthielt neben tubulär angeordneten Epithelhaufen Bindewebe und quergestreifte Muskelfasern.

Ausgehend von dieser Beobachtung besprechen die Verff. die Histogenese dieser eigenthümlichen Geschwülste und polemisiren dabei gegen die Hypothese, mit welcher Wilms dieselben zu erklären versucht hat (vgl. dies Centralbl. 1899 p. 1046). Sie können sich nicht damit einverstanden erklären, die epithelialen und bindewebigen Elemente der Geschwülste, wie Wilms dies thut, auf ein gemeinsames indifferentes, einer sehr frühen embryonalen Periode angehörendes Keimgewebe zurückzuführen. Ihrer Ansicht nach erfolgt die Verlagerung der Geschwulstkeime erst zu der Zeit, zu welcher sich das Nephrotom (Mittelplatte) von dem Myotom (Ursegment) und der Seitenplatte trennt. Diese Trennung erfolge nicht in normaler Weise, sondern so, dass dabei ein Stück Myotom oder Sklerotom mit abgetrennt wird und in Verbindung mit dem Nephrotom bleibt. Ist Ersteres der

Fall, so ist damit die Matrix für die quergestreifte Muskulatur gegeben, in letzterem Falle die für den Knorpel. Die Matrix für die epithelialen Elemente bleibt aber unter allen Umständen das Nephrotom, bezw. der Theil desselben, welcher Urniere oder Wolff'scher Körper wird. — Wenn nun bei der abnormen embryonalen Trennung des Nephrotoms der Wolff'sche Körper nebst mit abgetrennten, ihm anhaftenden Theilen des Myotoms und Sklerotoms in die permanente Niere mit verlagert wird, so sind alle Vorbedingungen für die Entstehung der embryonalen Mischgeschwülste der Niere gegeben. R. v. Hippel (Dresden).

46) W. W. Keen. Nephrectomy for a large aneurysm of the right renal artery, with a resume of the twelve formerly reported cases of renal aneurysm.

(Philadelphia med. journ. 1900. Mai 5.)

K. berichtet über einen mit Erfolg operirten Fall von Aneurysma der Nierenarterie. Bei einem 45jährigen Fräulein stellten sich seit 5 Jahren in der rechten Seite kolikartige Anfälle ein, die unter Temperaturerhöhung in 2—3 Tagen wieder abblassten. Bei der Untersuchung zeigt sich die rechte Bauchseite durch eine etwas bewegliche, vermuthlich cystische Geschwulst vorgewölbt, die sich zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm erstreckt. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Hydronephrose der rechten Niere gestellt. Der Urin war ohne Besonderheiten. Die nach Freilegung der Geschwulst vorgenommene Probepunktion ergab blutigen Inhalt. Der Stiel der Geschwulst war kolossal gefäßreich, besonders waren die Venen enorm erweitert. Die Untersuchung des gewonnenen Präparates, dessen eingehende Beschreibung im Originale nachgelesen werden mag, ergab: falsches Aneurysma eines Astes der Nierenarterie, Druckatrophie der Niere. — Im Anschlusse an diesen Fall stellt K. alle bekannten Fälle von Aneurysma der Nierenarterien zusammen; er findet 12, von denen der älteste auf das Jahr 1798 zurückreicht. — Eine hübsche farbige Nachbildung der Geschwulst liegt der Mittheilung bei. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

47) O. Freyer. Zur Kenntnis der von versprengten Keimen der Nebenniere ausgehenden Abdominalgeschwülste mit Veröffentlichung zweier in der chirurgischen Klinik und dem pathologischen Institute zu Kiel beobachteter Fälle.

Inaug.-Diss., Kiel, 1900. 22 S.

Beide Fälle stellten sich als inoperabel heraus. Im 1. Falle war unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine chronisch entzündliche Geschwulst in der Radix mesenterii laparotomirt worden und durch Umsäumen des durchtrennten Mesocolon mit dem Peritoneum parietale die Geschwulst extraperitoneal gelagert und ausgelöffelt worden. Tod 3 Monate später. — Im 2. Fall war die Diagnose ebenfalls unklar. Bei der Laparotomie fand sich die Geschwulst mit dem Colon descendens ausgedehnt verwachsen. Der Versuch, durch Resektion der letzteren die Exstirpation möglich zu machen, scheiterte an dem weitgehenden Hineinwuchern der Geschwulst in die Weichtheile des Beckens und der Lendengegend. Die Geschwulst wurde daher durch Vernähen des Mesocolon descendens mit dem Peritoneum parietale gegen die Bauchhöhle abgeschlossen, am Colon transversum ein Kunstafter angelegt. Tod am 2. Tage nach der Operation.

Die Diagnose auf Nebennierengeschwulst wurde nur im 1. Falle mikroskopisch sicher gestellt. **R. v. Hippel** (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. Sonnabend, den 6. Oktober. 1900.

Meine Methode der Händedesinfektion.

Von
Dr. Johannes Hahn,
Specialarzt für Chirurgie in Mainz.

Seit einer Reihe von Jahren verfolge ich mit stetiger Aufmerksamkeit das beständige Ringen des unermüdlichen Forschergeistes nach einer zuverlässigen Methode der Desinfektion der Hände des Chirurgen. In kurzen Intervallen sind eine Reihe von Methoden veröffentlicht worden, die von ihren Erfindern als mehr oder weniger vorzüglich bezeichnet wurden, von denen aber keine der strengen Kritik skeptischer wissenschaftlicher Prüfung Stand gehalten hat. So ging es ausnahmslos allen Methoden, die zu prüfen man für der Mühe werth hielt, um nur einige zu nennen, der alten Fürbringer-schen, der Ahlfeld'schen, der Mikulicz'schen Seifenspiritus- und der Schleich'schen Marmorseifen-, der Sänger'schen Sandseifendesinfektion, den verschiedenen Handschuhmethoden etc.

Die vielen zur Zeit vorliegenden gründlichen Arbeiten beweisen das eine mit Sicherheit, dass es augenblicklich noch gar keine anerkannte Methode der Händedesinfektion giebt, die das leistet, was man von ihr verlangen müsste, nämlich die Garantie, dass sie die Hände sicher von den pathogenen eitererregenden Keimen frei macht.

Und doch übe ich eine Methode, die mir das geleistet hat, und die es bei einer 4jährigen konsequenten Anwendung bewiesen hat; dies ist meine Sublimatalkoholdesinfektion.

»Die Frage, wie wir unsere Hände am besten vor der Vornahme eines operativen Eingriffs desinficiren sollen, kann auf zweierlei Weise gelöst werden, entweder indem man die Operationsresultate einer größeren Serie von Fällen nach Anwendung bestimmter Desinfektionsmethoden beobachtet, oder indem man auf rein bakteriologischem Wege zum Ziele zu kommen versucht« — so leiten Krönig und Blumberg ihre Arbeit in der Münchener med. Wochenschrift 1900 No. 29 ein.

Der letztere Weg führt leider recht schwer zu einem richtigen Resultate, da sich bei den bakteriologischen Arbeiten nicht alle Fehlerquellen vermeiden lassen. Dieser Umstand hat ja auch Paul und Sarwey veranlasst, ihren Apparat zu konstruiren, mit Hilfe dessen die Hauptmasse der Fehlerquellen ausgeschaltet werden kann. Jedenfalls sind aber immer noch Fehlerquellen genug vorhanden, um es zu ermöglichen, dass die Prüfung selbst einer wirklich absolut sicheren Desinfektionsmethode doch negativ ausfallen könnte, da wir trotz aller Sorgfalt nicht im Stande sind, mit absoluter Sicherheit die Verunreinigung mit Luftbakterien bei dem einen oder anderen Experimente zu verhüten, und da es auch z. B. bei dem Thierexperimente nach der von Krönig und Blumberg angewandten Methode durchaus nicht wahrscheinlich ist, dass die nur mit einer verhältnismäßig geringen Zahl von Kokken inficirten Mäuse immer zu Grunde gehen, oder auch nur, dass man eine verhältnismäßig geringe Zahl von Kokken nach einer gewissen Zeit in der Milz der Thiere noch nachweisen kann. Sie können ja mittlerweile von dem bakterienfeindlichen Organismus überwunden und zerstört sein.

Aber auch die andere Methode ist gar schwierig; denn erstens wartet in unserer schnelllebigen Zeit kein Erfinder einer Desinfektionsmethode ab, bis die Vorzüglichkeit seiner gefundenen Methode an einer größeren Reihe von operativen Fällen geprüft ist, ehe er sie veröffentlicht, dann aber kann ja auch ein Fehler, z. B. in der Desinfektion der Tupfer, der Instrumente, des Nähmaterials etc., das gute Resultat trotz aller Vorzüglichkeit der Händedesinfektion vernichten. Wählt man trotzdem diesen schwierigen praktischen Weg, so führt er nur zum Ziele, wenn nicht bloß die Sicherheit der Desinfektion der Hände, sondern auch die der Tücher, der Tupfer, des Nähmaterials und der Instrumente vorhanden ist. Diese Probe hat meine Desinfektionsmethode in 4 Jahren praktisch bestanden, und zwar derart, dass ich in dieser Zeit bei 136 Operationen hinter

einander, bei denen es sich nicht um eitrige Processe handelte und bei denen die Wunde, abgesehen von kurzdauernder Drainage (3 bis 5 Tage) ganz genäht werden konnte, keinen einzigen Fall von (operativer) Infektion erlebt habe, weder eines Wundabscesses noch auch nur einer einzigen Fadeneiterung, sondern nur Primärheilungen. Diese meine Methode ist in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. V Hft. 5 p. 500 im Jahre 1897 veröffentlicht worden, hat aber so gut wie keine Beachtung gefunden, obwohl ich mich damals schon auf eine Reihe von vorzüglichen Resultaten stützen konnte. Ich habe mit weiteren Hinweisen auf diese Methode bis jetzt gewartet, um erst zu sehen, ob sich meine Hoffnung erfüllte, und auch in der Lage zu sein, meine Behauptungen mit den entsprechenden Erfolgen beweisen zu können. Über die Einzelheiten wird eine genaue Zusammenstellung aller bisher in meiner Klinik operirten Fälle vollkommenen Aufschluss geben.

Die Methode besteht, wie l. c. beschrieben, in Folgendem: Die Hände und Vorderarme werden streng systematisch mit gewöhnlicher gelber Schmierseife, Leitungswasser von ca. 40° C. und gekochter Bürste 4mal durchgebürstet, wobei jedes Mal frisches Waschwasser und soviel Seife benutzt wird, dass das Wasser schäumt. Nach dem 2. Wasserwechsel werden die Nägel gereinigt und beschnitten.

Hierauf werden die Hände in 1‰igem Sublimat-Alkohol (95 bis 96%) 4 Minuten lang gewaschen bezw. die Vorderarme permanent feucht damit erhalten. Alsdann werden die Hände in 1—2‰igem Sublimatwasser abgespült, bis der Alkohol weggenommen ist (1 bis 2 Minuten) und zuletzt, bei und nach dem Anziehen der sterilisirten Operationsmäntel, nochmals in dem Sublimat-Alkohol abgespült. Ohne die Hände abzutrocknen, höchstens nach oberflächlichem Abwischen mit einem sterilen Tupfer, wird nun die Operation begonnen.

Die ersten Versuche mit meiner Desinfektion machte ich im Jahre 1894 als Assistent der Kieler chirurgischen Klinik bei kleinen ambulatorischen Operationen, indem ich dabei zum ersten Male versuchte, ob meine Haut die Einwirkung des Sublimatalkohols vertragen würde. Es ist ja bekannt, dass sich nicht jede Chirurgenhand zu einer gründlichen Desinfektion eignet, und oft genug selbst wenig ätzende Desinfektionsflüssigkeiten eine Dermatitis hervorrufen.

Später, 1895 und 1896, habe ich erst, und zwar auf Grund einer Reihe bakteriologischer Versuche, die ich damals mit Herrn Kollegen Dr. Berger in Mainz ausführte, die Methode bis zu ihrem jetzigen Grade vervollkommnet. Sie hat mir seit jener Zeit Alles geleistet, was ich von einer Methode der Händedesinfektion erhoffen konnte, und was bis in die letzte Zeit mit soviel Aufwand von Fleiß und geistiger Arbeit vergeblich gesucht worden ist.

---

1) **A. D. Pawlowsky** (Kiew). Zur Frage der Infektion und der Immunität.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXIII.)

Die Frage nach dem Schicksale der in den Organismus eingedrungenen Mikroben, die besonders hinsichtlich der pyogenen Mikroorganismen für den Chirurgen von lebhaftem Interesse ist, hat schon häufig die Autoren beschäftigt. P.'s eingehende und zahlreiche Experimente an Thieren (Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden) bieten nun eine solche Fülle von interessanten und eigenartigen Aufschlüssen über dies dunkle Gebiet, dass es Ref. angezeigt schien, etwas ausführlicher, als es sonst in diesen Blättern üblich, über die Ergebnisse der P.'schen Arbeit zu referiren.

Verf. ging in der Weise vor, dass er den betreffenden Thieren subkutan eine Emulsion möglichst virulenter Mikroben (Staphylococcus aureus und citreus, pyocyaneus, Streptococcus, Typhusbacillus, Diphtheriebacillus) injicirte und nach bestimmten Zeitabschnitten Aussaaten aus Blut, Urin, Galle und verschiedenen Organen machte. Es zeigte sich, dass die in das Unterhautzellgewebe eingedrungenen Mikroorganismen durch Vermittlung des Lymphstromes bald in das Blut und die inneren Organe übergehen. Von irgend einer Verletzung der Organe oder einer Bildung pathologischer Herde kann bei dem kurzen Zeitraume, in welchem der Übergang der Mikroben aus dem subkutanen Zellgewebe bis zu den Nieren und der Leber vor sich geht, augenscheinlich nicht die Rede sein. Die große Anzahl von Kolonien und die mikroskopischen Fakta sprechen auch gegen die Übertragung der Mikroorganismen vom Infektionsorte durch die Phagocyten.

Staphylococcus aureus und citreus ging schon nach $^1/_4$ Stunde aus dem subkutanen Zellgewebe in die inneren Organe — besonders Leber, Nieren und Milz — über; nach $^1/_2$ Stunde erscheinen diese Mikroben im Blute, wo sie sich 6—12 Stunden halten, wobei sich aber ihre Zahl schon nach 2 Stunden stark vermindert. Nach 24 Stunden verschwinden sie aus dem Blute; letzteres ist nach 2 bis 3 Tagen vollkommen steril. In den Organen dagegen leben sie fort und lassen sich in der Leber, Milz, Nieren, Lunge, Gehirn, Rückenmark, subkutanem Zellgewebe, Muskeln und Knochenmark von $^1/_4$ Stunde an bis zu 14 Tagen nachweisen. Die Vertheilung der Mikroben in den Organen ist eine sehr ungleichmäßige; am meisten sind sie in der Leber, der Milz, den Nieren vertreten. In den anderen finden sie sich nur zuweilen. Nach Verlauf von 14 Tagen erweisen sich Organe und Gewebe gewöhnlich als steril, und der Organismus ist in dieser Periode frei von Staphylokokken. Von Neuem erscheinen die Mikroorganismen in größeren Mengen im Blute nur bei schweren Erkrankungen mit tödlichem Ausgange, 4—10 Tage vor dem Ende oder gleichzeitig mit dem Ende des Thieres; und zwar dringen sie in diesem Falle aus den inneren Organen ins Blut.

Dieselben resp. analoge Verhältnisse finden sich auch bei der Infektion mit Pyocyaneus, Typhus- und sogar Diphtheriebacillen.

Die Streptokokkeninfektion geschah mit äußerst virulentem Materiale, so dass im Gegensatze zu den obigen Versuchen die Thiere alle der Infektion erlagen. Auch hier zeigte sich ein Übertritt der Mikroben nach 1 Stunde in Leber, Nieren, Milz, Blut, Galle, Urin, Hoden, Gehirn, bis zu 20 Stunden nach der Infektion. Nach 23 Stunden verendeten die Thiere an allgemeiner Streptomycosis. Wahrscheinlich verschwinden die Streptokokken nur auf sehr kurze Zeit aus dem Blute und kehren bald in dasselbe zurück, um sich in ihm zu vermehren und bis zum Ende des Thieres in ihm zu bleiben. Dies beweist, dass eine völlige und langdauernde Entfernung der Mikroben aus dem Blute bei starker Virulenz derselben nicht stattfindet.

Es finden sich also in den mitgetheilten Versuchen stets Mikroben in Leber und Niere bis zum völligen Verschwinden derselben aus dem Organismus. Es lag der Gedanke nahe, dass durch die Galle und den Urin die Elimination der Mikroben aus dem Körper vor sich ging. Es gelang in der That der Nachweis, dass all die angeführten Bakterienarten, im Gegensatze zu den Ergebnissen vieler anderer Autoren, vermittels des Urins und der Galle den Körper verlassen. Diese Ausscheidung kann schon $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der subkutanen Injektion beginnen. Die Nieren und die Leber erscheinen außer ihrer physiologischen Funktion vom Standpunkte des Pathologen aus als Aussonderungsorgane der Mikroben aus dem Organismus. Je schwächer die Infektion und je resistenter der Organismus, um so mehr Mikroben werden aus ihm durch die genannten Organe entfernt, und um so schneller wird er von der Infektion befreit. Diese frühe Periode der primären Aussonderung der Mikroorganismen im Laufe der Inkubation bezeichnet P. als »Eliminationsperiode der Infektion«.

Die verschiedengradige Lokalisation z. B. der Staphylokokken in den verschiedenen Organen ist nach P. in der biochemischen Eigenschaft ihrer Säfte begründet. Eben so wie das Tetanusgift durch die Säfte der Gehirnzellen, das Diphtheriegift durch die der blutbildenden Organe außerhalb des Organismus neutralisirt wird (Seitenkettenimmunität von Ehrlich und Wassermann), so gelang P. für die Staphylokokken der Nachweis, dass die Säfte der blutschaffenden Organe einiger normaler Thiere, besonders das rothe Knochenmark und nach ihm die Milz, eine neutralisirende Wirkung auf die lebenden Staphylokokken ausüben, indem sie beim Meerschweinchen die Staphylokokkeninfektion abschwächen und zuweilen sogar vernichten. Für den Streptococcus gelang es nicht, denselben Nachweis zu führen.

Dem Knochenmarke und der Milz von gegen Staphylokokken immunisirten Thieren kommt die Eigenschaft, die Staphylokokkeninfektion zu schwächen, zu hemmen und ev. zu vernichten, in noch

höherem Grade zu als denselben Organen normaler, empfänglicher Thiere. Es sind dies Organe, die reich an Nucleïnen sind. Der Leber wohnt in weit geringerem Grade diese Fähigkeit inne, am wenigsten dem Gehirn und Rückenmarke.

P. glaubt hierdurch die Seltenheit einer ausgebreiteten Osteomyelitis und die häufiger vorkommende Lokalisation dieser Krankheit nur in einem Knochen erklären zu können.

Durch diese Vorräthe von »Antimikrobenkörpern« sollen auch nach P. die Lokalisation der Pyämie und Septhämie, ihre oft merkwürdigen klinischen Formen und Verlauf ihre Erklärung finden: »Einmal bilden sich lokale, begrenzte Eiterherde mit festen Rändern (bedeutender Vorrath von Antikörpern), dann wieder bedeutende Eiterherde, die von Ödemen umgeben sind (unbedeutender Vorrath von lokalen Antikörpern); ein drittes Mal lokalisirt sich die Staphylokokkeninfektion überhaupt nicht und wird eine allgemeine Staph.-Septhämie (Nichtvorhandensein von Antikörpern im Organismus, stärkere Empfänglichkeit des letzteren oder starker Virulenzgrad der Mikroben)«. P. stellte bei seinen vielfachen Versuchen fest, dass, je größer der Vorrath von Antikörpern im Organismus ist, um so mehr Mikroben durch Nieren und Leber mit Urin und Galle ausgesondert werden, d. h. um so weniger lebensfähige Mikroben in den Geweben und Organen des Organismus zurückbleiben.

Von einigen weiteren Fragen, die P. im Laufe seiner Untersuchungen zu lösen suchte, sei noch der Einfluss der Infektion auf eine verletzte Stelle des Körpers (Infektion und Trauma) hervorgehoben. Immer gehen die Mikroben von der ursprünglich inficirten Stelle in die Gegend der Verletzung über, einerlei, ob der Organismus durch das subkutane Zellgewebe, die Pleura oder das Blut inficirt wird und einerlei, ob die Infektion gleichzeitig mit dem Trauma oder viel später als letzteres gesetzt wird. Dabei finden sich beim immunen Thiere wesentlich weniger Mikroben am Orte der Verletzung als beim empfänglichen, normalen.

Den Schluss der äußerst interessanten und lesenswerthen Abhandlung bilden noch Mittheilungen über histologische Untersuchungen der einzelnen Organe in den verschiedenen Stadien, deren Ergebnisse zum Theil beim Referate der einzelnen Experimente und der Schlussfolgerungen, die P. aus denselben zieht, verwerthet sind.

Die vorliegende Arbeit bedeutet einen umfangreichen Schritt weiter in der Erkenntnis des Wesens der Infektion und deren Abwehr durch die natürlichen Hilfskräfte des Organismus.

Hübener (Dresden).

---

2) **Thalmann.** Zur Ätiologie des Tetanus.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXIII.)

Von bedeutenden Klinikern, z. B. E. Rose, wird die Ansicht, dass der Tetanus ein Sammelname für symptomatisch gleichartige, aber ätiologisch verschiedene Krankheiten sei, noch aufrecht er-

halten; ein Beweis ist die Klassifikation des Tetanus in 8 verschiedene Formen, wie sie Rose in seiner Monographie aufstellt. Andererseits herrscht bei den Anhängern der Theorie, nach der in jedem Falle der Tetanusbacillus die Ursache des Starrkrampfes bildet, noch für eine gewisse Anzahl von Fällen, die früher als Tetanus rheumaticus und spontaneus oder idiopathicus bezeichnet wurden, Unklarheit über die Eingangspforte.

T. hat durch eine Reihe zweckmäßig angestellter Experimente beim Meerschweinchen diese Lücke anscheinend mit Erfolg auszufüllen gesucht und ist zu ganz interessanten Ergebnissen gelangt.

Der Versuch, vom gesunden und kranken Magen und Darm, so wie von den Harnorganen aus Meerschweinchen mit Tetanus zu inficiren, misslang. Dagegen ist das Verhalten der Mundhöhle im Allgemeinen von dem der äußeren Haut als Eingangspforte nicht verschieden. Einen gewissen Werth legt T. auf die nach einer Zahnextraktion zurückbleibende Wundhöhle als geeigneten Ausgangspunkt für eine Tetanusinfektion beim Menschen; es befinden sich hier die Sporen geschützt in einer Höhle, in Gemeinschaft mit zahlreichen sauerstoffbedürftigen Keimen in einem Blutklumpen bei Körpertemperatur.

Wunden der Nase bieten, direkt oder durch Einathmung versprayter Kultur- und Sporenaufschwemmungen, den Tetanusbacillen sehr günstige Bedingungen (eitrige Borken). Für die gesunden Athmungsorgane ist die Einathmung von Gift und Keimen unschädlich. Bei bestehendem Katarrh erfolgt dagegen eine Infektion.

Nach Einführung von Sporen in äußere Wunden kommen mitunter chronische, tödlich endende Fälle ohne tetanische Erscheinungen vor; die Thiere magern allmählich ab und gehen zu Grunde. Die Frage, ob Erkältungen bei äußerer Infektion von irgend welchem Einflusse seien, ist nach den Versuchen des Verf. zu verneinen.

Besonders auf Grund der Ergebnisse der erfolgreichen Nasen- und Mundinfektionen glaubt Verf. zu der Annahme berechtigt zu sein, dass beim sog. »idiopathischen« Tetanus die Infektionspforte in der Nase und der Mundhöhle zu suchen sei; dagegen wird der »rheumatische« Starrkrampf, abgesehen von den Mandeln, die nach T. eine sehr geeignete Einfallspforte abgeben, wahrscheinlich auf dem Wege der erkrankten Athmungsorgane durch den Tetanusbacillus verursacht. Ein Beweis dafür ist ein von Carbone und Perrero untersuchter sog. »rheumatischer« Tetanusfall, in dem es den Autoren gelang, in den Bronchien die Erreger nachzuweisen; und zwar war das Wachsthum bei aëroben Bedingungen günstiger als bei anaëroben. Auch andere Autoren haben den Beweis erbracht, dass Tetanusbacillen an aërobes Wachsthum gewöhnt werden können, wobei sie jedoch allmählich das Vermögen der Toxinbildung verlieren. Hierin liegt nach T. für den Körper bei Infektion der Luftwege ein heilendes Moment, das Verf. zu dem Vorschlage veranlasst, in solchen

»rheumatischen« Fällen protrahirte Sauerstoffinhalationen in Verbindung mit Expektorantien anzuwenden.

Eine kritisch-ätiologische Besprechung einzelner in der Litteratur bekannter Fälle mit dunkler Ätiologie nach den bei den Experimenten gewonnenen Gesichtspunkten bildet den Schluss der Arbeit.

Hübener (Dresden).

---

3) N. Trinkler. Dermatitis bullosa circumscripta — eine selbständige chirurgische Infektionskrankheit.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 3.)

T. beobachtete ziemlich oft oben genannte Krankheit. Nach einem unbedeutenden Trauma erscheint am Finger ein Bläschen mit serösem, eitrigem oder blutigem Inhalte, das keine Tendenz zum Platzen, sondern zum Weiterschreiten zeigt und so nach und nach die ganze Haut des Fingers ablösen kann. Der Process lokalisirt sich zwischen Stratum corneum und Rete Malpighii, und ist dann die Blase erhaben, wenig schmerzhaft, geht leicht weiter; oder aber es werden tiefere Schichten befallen, dann ist die Blase nicht so hoch, schmerzhaft, die Umgebung mehr entzündet. Oft sieht man Lymphangitis und Lymphadenitis. Bakterioskopisch fand T. den Strepto- und Staphylococcus. Therapie: Entfernung der ganzen abgehobenen Hautpartie, trockener aseptischer Verband.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) Leopold. Untersuchungen zur Ätiologie des Carcinoms und über die pathogenen Blastomyceten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXI. Hft. 1.)

Die Arbeit ist eine Fortsetzung der aus der L.'schen Klinik stammenden Arbeit von Rosenthal: »Über Zellen mit Eigenbewegungen des Inhalts beim Carcinom des Menschen und über sog. Zelleinschlüsse auf Grund von Untersuchungen an lebensfrischem Material« (Archiv für Gynäkologie 1896 Bd. L, ref. dies Centralblatt 1896 No. 18 p. 417).

Die von Rosenthal begonnenen Untersuchungen sind von L. bis auf den heutigen Tag fortgesetzt worden, woraus ersichtlich ist, dass die vorliegende Arbeit ein Produkt jahrelanger rastloser Thätigkeit ist und daher um so größere Beachtung verdient.

Durch die Arbeiten von Busse, Sanfelice, Roncali, Kayser u. A. ist die Forschung nach den Krebsparasiten auf andere Bahnen geleitet, das Suchen nach Protozoen in den bösartigen Geschwülsten ist aufgegeben, und man wendet sich jetzt den Blastomyceten zu.

L. hat nun mehrere hundert Carcinome, vornehmlich vom Uterus, Ovarien und Tuben, von der Scheide, den äußeren Geschlechtstheilen, von der Brustdrüse, vom Bauchfelle, Netze, dann aber auch vom Oberarme, Oberkiefer, von den Lippen etc. untersucht.

Wenn möglich schloss er ulcerirte Geschwülste ganz von der Untersuchung aus, jedenfalls nahm er ganz frisches Material aus den tiefsten Partien der Geschwulst, möglichst junge Geschwulsttheile, — »Vorpostengewebe«, wie er es nannte. Die Entnahme geschah unter den peinlichsten aseptischen Vorsichtsmaßregeln.

Das Material wurde nun verschiedentlich verarbeitet:

1) Untersuchung im hängenden Tropfen steriler Bouillon im erwärmten Mikroskope bis zu 200 Tagen und darüber. In dieser Zeit traten dank der tadellosen Asepsis keine Fäulnisorganismen im Präparate auf.

2) Anlegen von Kulturen von dem Safte oder den Gewebselementen des Vorpostengewebes in Bouillon, sterilem Blutserum, Traubenzuckerlösung, neutraler oder angesäuerter Gelatine, ferner Agar und Gelatine und Malzextrakt, steriler Bouillon und 2%igem Pepton und 3%igem Traubenzucker. Am besten bewährte sich Nährgelatine, die eine Spur angesäuert war, da sie von den Blastomyceten bekanntlich nicht verflüssigt wird.

3) Übertragung: a. Frisches »Vorpostengewebe« wurde theils in Form von größeren oder kleineren Stückchen, theils als Brei in die Bauchhöhle von Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen oder unter die Rückenhaut von Ratten gebracht. b. Die Rückenhaut von Ratten wurde an der Schwanzwurzel wund gemacht und auf die wunde Stelle Carcinombrei eingerieben. Zur Übertragung wurden auch, nachdem es gelungen war, aus menschlichen Carcinomen Blastomycetenkulturen zu gewinnen, diese letzteren verwandt, und zwar theils intraabdominal, theils subkutan durch Injektion in die Ohrvene, Hoden, Brustdrüse bei Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen.

4) Nachweis von Gärung. Um die Anwesenheit von Blastomyceten im Carcinomgewebe zu bestätigen, wurden kleinste Stücke von letzterem in steriler Traubenzuckerlösung und Bouillon fein vertheilt und untersucht, ob sich die Gärungsprodukte Kohlensäure und Alkohol entwickelten.

Schließlich wurde

5) die mikroskopische Untersuchung an gehärteten und geschnittenen Präparaten vorgenommen.

Es würde nun über den Rahmen des Referats gehen, die Einzelheiten seiner höchst interessanten und zum Studium auffordernden Untersuchungen anzuführen.

Nur soviel: Bei der Untersuchung im hängenden Tropfen fand auch L. Rosenthal's »Glaskörper«, die sich unter dem Auge stark veränderten, furchten, abschnürten etc., sie sind scharf kontourirt, haben zum Theil körnigen Inhalt. Diese Zellen ist L. nach dem Vorgange von Busse, Sanfelice u. A. geneigt als Blastomyceten zu deuten.

In 20 Fällen suchte nun L. Blastomyceten aus dem Carcinomgewebe zu züchten und war in seinen Erfolgen glücklicher als seine Vorgänger. 4mal gelang es ihm, aus dem Vorpostengewebe dieser

bösartigen Neubildungen Reinkulturen von Blastomyceten zu gewinnen.

Mit diesen 4 Kulturen machte er nun Gärungsversuche, die auch positiv ausfielen.

Nur in einem einzigen Falle scheint es ihm gelungen zu sein, direkt durch Übertragung von Carcinomgewebe in Traubenzuckerlösung Gärung hervorzurufen.

Sehr wichtig ist dann der Nachweis, dass unter verschiedenen Färbemethoden ganz verschiedene Bilder der Hefezellen zum Ausdrucke kommen; das eine Mal tritt nämlich mehr die doppelte Kontour allein bezw. mit Kern hervor, das andere Mal erscheint der innere Ring viel schärfer und enthält eine Menge dunkler Körnchen, endlich sieht man die Hefezelle manchmal nur gleichmäßig hell oder tief dunkel ohne Kontour und Kern etc.

Bei der Übertragung auf Thiere hatte L. 3 positive Erfolge zu verzeichnen, wobei es nur recht auffällig ist, dass in 2 Fällen frisches Carcinomgewebe verimpft wurde, die neu entstandenen Geschwülste aber in die Klasse der Sarkome ihrer Struktur nach einzureihen waren. Eben so lieferte eine Blastomycetenkultur, die aus einem Carcinom gewonnen war, bei der Impfung multiple Rundzellensarkome.

Auf diese doch immerhin wunderbare Änderung des Geschwulstcharakters geht L. nicht näher ein. **H. Wagner** (Breslau).

---

5) **E. Genevet.** Etude sur le rhabdomyome et en particulier sur le rhabdomyome malin.

(Revue de chir. 1900. No. 7.)

In dieser im Wesentlichen histologischen Studie schildert G. die pathologisch-anatomischen Charakteristica der Rhabdomyome, die er in gutartige, bösartige und in die zwischen beiden stehenden »intermediären« unterscheidet. Die bösartigen, von denen Verf. zwei Fälle aus Poncet's Klinik untersuchen konnte, sind durch Vorwiegen der Zellen vom embryonalen Typus der querstreifigen Muskelzelle ausgezeichnet. — Den zahlreichen histologischen Details der werthvollen Arbeit in einem kurzen Referat gerecht zu werden, ist nicht möglich; es muss desshalb auf die Abhandlung selbst verwiesen werden.

Kramer (Glogau).

---

6) **Prus** (Lemberg). Über die Wiederbelebung in Todesfällen in Folge von Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 20 u. 21.)

Zur Wiederherstellung der Respiration und Cirkulation nach erfolgtem Tode in den oben genannten Fällen genügen dem Verf. die üblichen Methoden der Wiederbelebung nicht. Er ist in seinen

Versuchen an Hunden, die die stattliche Anzahl von 100 umfassen, derart vorgegangen, dass er die Tracheotomie ausführte und die Trachea mittels einer entsprechenden Canüle mit einem Blasebalge verband, um durch diesen ein ausreichendes Quantum von Luft in die Lungen treiben zu können. Des Weiteren legte er das Herz bei den betreffenden Thieren bloß und komprimirte dasselbe rhythmisch mit den Fingern. In manchen Fällen fügte P. noch eine Kochsalzinfusion hinzu, und zwar in das centripetale Ende der Arteria femoralis, der er einer solchen in die Halsvene wegen des hierbei drohenden Lungenödems den Vorzug giebt.

Was die Resultate dieser interessanten Experimente, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden mögen, anbelangt, so gelang es ihm, in den durch Erstickung sowohl wie durch Chloroform herbeigeführten Todesfällen die Thiere wieder zu beleben, selbst wenn vom Momente des Todes (d. h. nach Sistirung der Herz- und Respirationsthätigkeit) bis zum Beginne der Herzmassage, auf die Verf. den größeren Werth zu legen scheint, sogar eine Stunde verflossen ist. In solchen Fällen musste allerdings während 1—2 Stunden die manuelle Herzkompression durchgeführt werden, bis dasselbe selbständige und hinreichend kräftige Kontraktionen auszuführen im Stande war.

Es sei beiläufig erwähnt, dass in den 21 Fällen, in denen die Thiere durch Chloroform getödtet wurden, 14mal die Respiration früher stillstand als die Herzaktion; 4mal fand das Umgekehrte statt, und in 3 Fällen erlosch die Thätigkeit der Lungen wie des Herzens zu gleicher Zeit. Unter den 21 Fällen gelang die Wiederbelebung 16mal, d. h. in 76% aller Fälle.

Dagegen gelang es selten und überaus schwer (nur in 14%), das durch den elektrischen Strom gelähmte Herz zur selbständigen und regelmäßigen Funktion zu erregen, auch dann nicht, wenn früh die Massage und die künstliche Athmung zur Anwendung kamen.

Auf Grund dieser Versuchsresultate widerräth P. entschieden die Anwendung der von Sippels (Deutsche med. Wochenschrift 1899 No. 44) vorgeschlagenen Methode, das Herz durch elektrischen Strom wieder zu beleben. »Die Anwendung des letzteren, sei es auf das Perikard, sei es direkt aufs Herz vermittels einer nach Angabe von S. oberflächlich eingestochenen dünnen Nadel, würde fast sicher eine definitive Lähmung herbeiführen.«

Die Reihenfolge, in welcher die einzelnen Funktionen nach der Wiederbelebung zurückkommen, ist nicht immer die Umkehrung derjenigen Ordnung, in welcher sie beim herannahenden Tode erlöschen. In manchen Fällen, in denen das Herz das längste Leben zeigte, kehrte zuerst die selbständige Athmung, nicht aber die Herzaktion zurück und auch umgekehrt.

So weit die überaus interessanten Ergebnisse der Thierversuche.

Bezüglich der Anwendung am Menschen hegt P. keinen Zweifel, dass seine Methode der Wiederbelebung, unter günstigen Bedingungen

angewendet, auch bei diesem ein positives Resultat geben muss, und führt einen Fall an, in welchem er, nachdem Wehr und Gabryszewski tracheotomirt und nach der Wehr'schen Methode ohne Pleuraverletzung das Herz freigelegt hatten, nach 15 Minuten dauernder Herzmassage deutliche selbständige rhythmische Kontraktionen beider Vorhöfe bemerken konnte. Indessen wurden trotz fortgesetzter Massage und Kochsalzinfusion die Kontraktionen immer schwächer, so dass P. von einer Fortsetzung der Wiederbelebung Abstand nahm, »um so mehr da auch die Trachealkanüle und der Blasebalg unzweckmäßig waren, und daher die künstliche Athmung nicht entsprechend vor sich gehen konnte«.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass vom Tode bis zum Beginne der Herzmassage bereits $1^3/_4$ Stunde verstrichen war, da P. erst dann von dem Tode des betreffenden Selbstmörders erfuhr, nachdem andere Ärzte bereits eine Stunde lang ergebnislose Wiederbelebungsversuche veranstaltet hatten.

Die Erfahrung, dass das menschliche Herz beim Tode durch Erstickung noch 2 Stunden nach dem Tode des Individuums erregbar war, ist nach P.'s Ansicht von außergewöhnlicher Bedeutung, da sie annehmen lässt, dass zu einer früheren Zeit (etwa 1 Stunde nach dem Tode) die Erregbarkeit noch so weit erhalten war, dass durch die Herzmassage nicht nur die Vorhöfe, sondern auch die Kammern zu regelmäßiger Thätigkeit zurückkehren würden, was die Thierexperimente bewiesen haben.

Hübener (Dresden).

---

7) **A. Goubaroff.** Des avantages d'opérer sans hémostase préalable.

(Annales de gynécol. 1900. Mai.)

G. verwirft die Massenligatur, auch für die Bauchoperationen, und unterbindet die größeren und kleineren Arterienäste einzeln. G. verfügt jetzt über 103 Fälle, welche nach diesem Principe operirt sind. Er erlebte dabei niemals eine beunruhigende Nachblutung, noch das Abgleiten einer Ligatur und dadurch bedingte Hämorrhagie.

Als Hauptvortheile der Methode nennt G. die folgenden:

1) Man unterscheidet stets leicht die Gewebe und ihre Topographie, wodurch die Genauigkeit und Sicherheit der einzelnen Operationsphasen vermehrt werden.

2) Ausbleiben jeder venösen Blutung.

3) Sicherheit der Blutstillung und Unmöglichkeit (? Ref.) einer sekundären Blutung.

4) Verminderung der Ligaturen und dadurch auch der Infektionsgefahr.

5) Man kann alle pathologischen und topographischen Einzelheiten erkennen, was bei Massenligaturen unmöglich ist.

6) Man vermeidet jegliche Spannung der Gewebe und daraus resultirende Kompression derselben.

Die präventive Blutstillung ist daher ganz aufzugeben.

Jaffé (Hamburg).



8) **H. Feleki.** Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 44—47.)

Eine im Wesentlichen kritische und referirende Arbeit, deren Inhalt sich nicht in ein Referat zusammenfassen lässt. Von den antiparasitären Mitteln haben sich dem Verf. die Silberpräparate und von diesen das Protargol und Largin am besten bewährt. Im Übrigen eifert er gegen jeden therapeutischen Schematismus, speciell gegen die Breslauer Schule, die viel zu sehr ihr Augenmerk auf die Abtödtung der Gonokokken richte und darüber die anderen klinischen Erscheinungen außer Acht lasse, so wie gegen die Anhänger der Janet'schen Methode, die für Alles, was Tripper heißt und auf Gonokokken beruht, nur ihre eine Methode hätten.

Die Gonorrhoe ist ein variabler und komplicirter Process, so dass man alle Heilmittel und Methoden zur Verfügung haben und in Betracht ziehen und nach den klinischen Symptomen so wie dem Stadium der Krankheit individualisirend behandeln muss. — Großes Litteraturverzeichnis.

Grisson (Hamburg).

---

9) **Lotheissen.** Zur Blasennaht beim hohen Steinschnitt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 9.)

Dem Verf., der aus der v. Hacker'schen Klinik über einige Fälle berichtet, scheint die Veranlassung, die zur Vornahme der Sectio alta führte, von größter Wichtigkeit hinsichtlich der Frage, ob Naht oder Drainage, zu sein. Bei Geschwülsten, so wie Tuberkulose räth er Drainage an. Bei Verletzungen (Rupturen) will er die interperitoneale Naht ausgeführt, dagegen die Wunde der Sectio alta offen gelassen wissen.

Die primäre Naht soll hauptsächlich für Steine und Fremdkörper reservirt bleiben. In der v. Hacker'schen Klinik wird in solchen Fällen die Schleimhaut von den Nähten nicht mitgefasst, die in drei Etagen angelegt werden. Tamponade des prävesikalen Raumes über der Nahtlinie durch v. Mikulicz'sche Jodoformgazeschleier. Einlegung eines Dauerkatheters.

Die Anzahl der operirten Fälle von Blasensteinen in der Innsbrucker Klinik ist in Folge des sehr geringen Materials nur eine kleine.

Hübener (Dresden).

---

10) **Le Clerc-Daudoy.** Nouveau procédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1900. No. 5.)

Verf. näht nach dem hohen Blasenschnitte die Blasenwunde bis auf einen kleinen Rest und schiebt dann die Guyon-Perrier'schen Röhrchen ein. In die Blase schiebt er von der Urethra aus einen Nélaton, der mit einem Irrigator verbunden ist. Sterilisirte schwache Kochsalzlösung dient dazu, eine permanente Irrigation zu unterhalten,

wodurch jegliche Urinzersetzung unterdrückt wird. Die Heilung der Operationswunde tritt dabei überraschend schnell ein. 2 Krankengeschichten im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) **Enderlen.** Über die Transplantation des Netzes auf Blasendefekte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 50.)

12) Derselbe. Über die Deckung von Magendefekten durch transplantirtes Netz.

(Ibid. p. 183.)

Über beide Arbeiten kann an dieser Stelle kurz berichtet werden. Es ist E. gelungen, an Versuchsthieren Defekte sowohl der Blase als des Magens durch Netztransplantation zu decken. Die sehr eingehend gegebene mikroskopische Untersuchung der gewonnenen Versuchspräparate so wie die interessanten sie veranschaulichenden Abbildungen sind im Originale einzusehen. Nur kurz sei hier erwähnt, dass die transplantirten Netzflächen vom Magen bezw. von der Blase her sich sehr gut epithelisiren. In praktischer Beziehung wird dieses Deckungsverfahren kaum ausgedehnte Verwerthung finden können, doch ist eine Verstärkung von Blasen- und Magennähten durch aufgedecktes Netz durchaus zweckmäßig und bewährt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **Enderlen.** Experimentelle Harnblasenplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 419.)

E. hat über seine Thierversuche auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse vorgetragen, und verweisen wir auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in Beilage zu No. 28 unseres Blattes p. 117, aus welchem die praktischen Resultate der Experimente zu ersehen sind. In obiger Arbeit finden sich die Details der Versuche, namentlich die Beschreibung der mikroskopischen Befunde, die durch eine Anzahl Abbildungen verdeutlicht werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **Cunéo** et **Lecène.** Note sur les cellules interstitielles dans le testicule lithopique de l'adulte.

(Revue de chir. 1900. No. 7.)

Die bei der Radikaloperation zweier Leistenbrüche eines 22jährigen und eines 37 Jahre alten Mannes gewonnenen Präparate von ektopischem Hoden ergaben bei der Untersuchung neben Atrophie der Samenkanälchen und Fehlen der Spermatozoen eine bemerkenswerthe Vermehrung der interstitiellen Zellen, besonders in der Nähe der Gefäße. Mit diesem Befunde glauben Verff. dafür eine Erklärung gefunden zu haben, dass im ektopischen Hoden vorzugsweise Sarkomgeschwülste im Gegensatze zu der Häufigkeit epithelialer Geschwülste des normal gelegenen Hodens sich entwickeln und überhaupt der ektopische zu neoplastischer Degeneration disponirt. Auch die Noth-



wendigkeit der Entfernung des ektopischen Hodens beim Erwachsenen finden sie durch den Befund bestätigt. **Kramer** (Glogau).

---

15) **Quénu et Longuet.** De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire.

(Revue de chir. 1900. No. 7.)

Die Verff. beschäftigen sich in der Arbeit mit der abdominellen »Castration hystéro-annexielle«, welche sie in 9 Fällen mit günstigem Erfolge ausgeführt haben und desshalb, so wie auf Grund der Resultate Anderer, als einen nicht besonders gefahrvollen und als einen durch große Vorzüge (Leichtigkeit der Stielbildung, Herstellung eines festen Beckenbodens etc.) ausgezeichneten, radikal wirkenden Eingriff auffassen.

Sie halten die Operation in folgenden Fällen von Neubildung für angezeigt:

1) Bei Komplikation der Cysten und Geschwülste des Eierstocks

a) mit entzündlichen Verwachsungen (»utérines, periutérines, salpingiennes«) der Nachbarschaft,

b) mit neoplastischer Degeneration der Gebärmutter.

2) Bei beiderseitigen Eierstocksgeschwülsten, bei welchen durch die Breite des Stiels, seine Brüchigkeit etc. die Blutstillung schwierig ist.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

16) Von der chirurgischen Sektion des IX. Kongresses polnischer Naturforscher und Ärzte. (Krakau, 21.—24. Juli 1900.)

Aus der beträchtlichen Reihe der Vorträge und Demonstrationen verdienen folgende als wichtigere hervorgehoben zu werden:

Rydygier (Lemberg): Über die Behandlung des Magengeschwürs.

Berichterstatter erblickt in sachgemäßer Vorbereitung des Pat. und einem möglichst frühzeitigen Eingreifen die Hauptbedingungen eines guten Erfolges. In letzterer Zeit, wo die angeführten Momente sich eben günstiger gestalteten, erlangte R. 89% Heilungen. Von großer Bedeutung für die Entwicklung der Geschwürsfrage ist ein enges Zusammenwirken zwischen Internisten und Chirurgen. Die operativen Indikationen theilt Vortr. in absolute und relative. Als absolute lässt er gelten: 1) Funktionelle Stenosirung bei frischem Geschwür mit nachfolgender Dilatation des Magens, wenn die innere Therapie versagt, 2) narbige Stenose, 3) den Beginn einer Carcinomentwicklung auf dem Grunde des Geschwürs oder seiner Narben, 4) Perforation des Geschwürs, 5) unstillbare, fortwährende oder sich häufig wiederholende kleinere Blutungen. Die Pylorusresektion ist bei entsprechenden allgemeinen und lokalen Verhältnissen der Gastroenterostomie vorzuziehen.

Die Indikationsstellung von interner Seite (Gluziński-Lemberg) deckte sich im Allgemeinen mit der vorher angeführten. Es wird die Wichtigkeit einer langdauernden, inneren Nachbehandlung nach der Operation hervorgehoben.

Aus den eingehenden Ausführungen Rencki's (Lemberg) über die Magenfunktionen bei Geschwür nach operativen Eingriffen sei erwähnt, dass bezüglich der Wiederherstellung der chemischen und motorischen Funktionsfähig-

keit des Magens nach Gastroenterostomien die Methoden von Wölfler und v. Hacker gleichwerthige Erfolge liefern, während die Resultate nach Roux's Operation den vorherigen nachstehen.

In den Verhandlungen: Über die Behandlung der Cholelithiasis besprach Krajewski (Warschau) die operativen Indikationen. Nach Ansicht des Vortr. sei eine Operation angezeigt: 1) Bei ausgesprochener Neigung zum Fortschreiten seitens der bestehenden Infektion, 2) wenn die interne Behandlung im Stiche lässt, 3) bei völligem Verschlusse der Gallenblase, 4) bei Verwachsungen der Gallenblase mit der Nachbarschaft, 5) bei konstatirter Perforation der Gallenwege. Ein Eingriff sei zu unterlassen: 1) Bei akutem Choledochusverschlusse, 2) bei schwachen und selten recidivirenden entzündlichen Zuständen der Gallenblase, 3) bei erfolgreichen Anfällen. K. hat 30mal bei Erkrankungen der Gallenwege operirt; davon entfallen 23 auf die Cholecystostomie, 1 auf die Cysticotomie, 2 auf die Choledochotomie und 4 auf die Cholecystenterostomie. K. redet der einzeitigen Cholecystostomie das Wort, die Ektomie zieht er nur bei Carcinom der Gallenblase und narbigem Cysticusverschlusse in Betracht. Die Cholecystenterostomie hält Vortr. bei Gallensteinen für irrationell. Szuman (Thorn) sprach sich auf Grund 13 operirter Fälle zu Gunsten der einzeitigen Cholecystotomie aus. Kader (Krakau) operirt in jedem Falle beim 3. Anfalle. Letztere Ansicht stößt auf Widerspruch seitens Korczyński's (Krakau), welcher betont, dass die Anzahl der Anfälle an und für sich keine Indikation zu einem operativen Eingriffe abgeben kann.

Das Thema: Die Indikationsstellung der Radikaloperation chronischer Mittelohreiterungen wurde von Guranowski (Warschau) einer eingehenden Besprechung unterzogen. Nach Vortr. liegt eine absolute Indikation vor: Bei endokraniellen und allgemeinen Komplikationen und bei ausgesprochenen entzündlichen Veränderungen am Warzenfortsatze wie auch beim Cholesteatom. So lange der Process auf die eigentliche Paukenhöhle beschränkt bleibt, kann man mit konservativen Methoden auskommen. Bei Eintritt von Symptomen, die ein weiteres Fortschreiten des Processes bekunden, ist sofort eine Radikaloperation in Erwägung zu ziehen. Das Alter der Pat. soll nach Vortr. ebenfalls berücksichtigt werden, in so fern als man sich bei jungen Individuen, welche bekanntermaßen zu endokraniellen Komplikationen mehr prädisponiren, zu einem Eingriffe eher entschließen wird. Kontraindikation nimmt Vortr. an: bei diffuser eitriger Meningitis, bösartigen Geschwülsten des Felsenbeines und weit fortgeschrittener Lungentuberkulose. Heimann (Warschau), welcher sich in ähnlichem Sinne über die Indikationen aussprach, bemerkt, dass bei reinen Schleimhauterkrankungen der Paukenhöhle ein Eingriff kontraindicirt sei. In der Diskussion äußert sich Zalewski (Lemberg) bezüglich der operativen Technik dahin, dass durch Bildung deckender Weichtheillappen die Methoden verschlechtert werden.

Rydygier (Lemberg): Einige Bemerkungen über die Harnblasennaht.

Vortr. rühmt die bedeutenden Vorzüge der fortlaufenden Naht bei Blasenoperationen. Die Knopfnaht möchte R. aus der Harnblasenchirurgie endgültig eliminirt wissen. Trzebicky (Krakau) macht die Wahl des Verfahrens von der Reaktion des Harns abhängig. Bei saurer Reaktion näht er alle Wunden, bei alkalischem Harn kombinirt er die Naht mit Tamponade. Wehr (Lemberg) bespricht besonders die nach Tamponade oft zurückbleibenden Fisteln, die eine nachfolgende Naht erfordern.

Herman (Lemberg): Über aseptischen Katheterismus.

H. empfahl ein Auskochen der Katheter in einer koncentrirten Lösung von Ammon. sulphur., wie es ähnlich von Elsberg unlängst zur Katgutsterilisation in Vorschlag gebracht wurde.

Rydygier (Lemberg): Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Vortr. schlägt vor, in entsprechenden Fällen eine totale oder partielle Exstirpation der Drüse von einem perinealen Längsschnitte aus vorzunehmen.

Mincer (Paris): **Über Sectio alta und Katheterisation bei Infektionszuständen in Folge von Prostataveränderungen.**

Bei kompleter Harnretention punktirt Vortr. die Blase mittels einer dünnen Kanüle des Potain'schen Aspirators, — sonst systematische Katheterisation mit Blasenspülungen. Bei Prostataveränderungen, die mit krankhaften Zuständen der Blasenwand einhergehen, empfiehlt M. vor Allem das Einlegen eines Verweilkatheters. Die Sectio alta hält Vortr. nur für einen Nothbehelf im äußersten Falle.

Ziembicki (Lemberg): **Über Poncet's Cystotomie bei Prostatahypertrophie.**

Vorstellung eines Falles (Operation vor 1 Jahre) mit Hinweis auf die günstigen Resultate dieser Methode.

Kryński (Krakau): **Über Hodentuberkulose.**

Vortr. will sich zunächst — der lokalen Ausbreitung des Processes entsprechend — auf partielle Excisionen beschränken. Die Kastration reservirt er nur für Fälle mit bedeutender Zerstörung des Hodenparenchyms.

Mincer (Paris): **Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen.**

Bezüglich der Wahl zwischen äußerer und innerer Urethrotomie vertritt Vortr. den bekannten Standpunkt französischer Chirurgen. Von der Behandlung mittels Elektrolyse hält M. nicht viel, da sie Recidive nicht zu verhüten vermag.

Von den Demonstrationen aus dem Gebiete der Abdominalchirurgie seien erwähnt:

Rydygier (Lemberg): Vorstellung eines Falles, in welchem der Wurmfortsatz ins Ileum perforirte, wo sein freies Ende auf 2 cm ins Darminnere hineinragte.

Mieczkowski (Breslau) berichtet über einen Fall von Appendix-Harnblasenfistel, komplicirt durch Blasensteine.

Bossowski (Krakau) bespricht einen — wie es scheint einzig dastehenden — Fall von enormer Erweiterung des Choledochus. Die Cyste fasste 10 Liter Inhalt. Da eine Exstirpation sich unausführbar zeigte, Einnähen der Ränder in die Laparotomiewunde und Tamponade. Tod. Die Sektion ergab eine Obliteration des Choledochus an seiner Darmmündung. Die Ursache dieses Processes war nicht nachweisbar.

Sawicki (Warschau) berichtet über einen Fall von Abscess der Bursa oment. min., der mit einer Pankreasnekrose in kausalem Zusammenhange stand, und welchen Vortr. durch einen Lendenschnitt eröffnete.

Czajkowski (Sosnowice): **Über Indikationen und Wahl der Methode bei Radikalbehandlung der Hernien.**

Auf eine 110 Fälle von Leistenbrüchen umfassende Erfahrung gestützt, bezeichnet Vortr. Bassini's Methode und Modifikation nach Lucas-Championnière als das leistungsfähigste Verfahren; nur wo dieses nicht anwendbar, operirt er nach Kocher. Bei Kindern giebt C. meistens Czerny's Methode den Vorzug.

Ziembicki (Lemberg): **Beitrag zur Behandlung des Pes equinovarus.**

Vorstellung eines 34jährigen Pat., bei welchem die beiderseitige angeborene Deformität durch eine atypische Operation (Keilexcision nach Farabeuf-Kocher und Phelps' Tenotomie) beseitigt wurde.

Sawicki (Warschau): **Zur Beseitigung der Druckerscheinungen seitens des Rückenmarkes bei tuberkulöser Spondylitis.**

Bericht über 4 Laminektomien. In 2 Fällen guter Erfolg, in 2 weiteren blieb jedweder Erfolg aus.

Barącz (Lemberg): **Die Aktinomykose beim Menschen.**

Vortr. bringt eine erschöpfende Darstellung des in Rede stehenden Themas, mit Hinzufügung zahlreicher eigener Beobachtungen.



Rogoziński (Warschau): **Über die Anwesenheit von Darmbakterien in den Mesenterialdrüsen während der Fettverdauung.**

Vortr. bringt eine vorläufige Mittheilung über seine noch nicht abgeschlossenen Thierversuche, welche zeigen, dass bei Hunden, denen fettreiche Nahrung zugeführt wurde, nach der Fütterung Darmbakterien (insbesondere Bact. coli commune) in reichlicher Menge in den Mesenterialdrüsen mittels Kulturverfahrens nachgewiesen werden können. Eine zufällige Infektion kann bei den verschiedenartigsten experimentellen Anordnungen, die Vortr. traf, als ausgeschlossen gelten.

Unter den demonstrirten Apparaten erregte einiges Interesse ein von Łepkowski (Krakau) zusammengestelltes chirurgisches Tascheninstrumentarium mit Formaldehydsterilisation, besonders geeignet zum Gebrauche in der kriegschirurgischen Thätigkeit. **R. Urbanik** (Krakau).

---

17) **R. Paltauf.** Ein Fall von Teratom bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen. (Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 8.)

Bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen bestand links von der Wirbelsäule unter dem Schulterblattwinkel eine fluktuirende Geschwulst; auf der Kuppe sah man noch die Narbe einer vor $1^1/_2$ Jahren stattgefundenen Eröffnung, bei der eine Rippencaries konstatirt sein soll. Es wurde ein kalter Abscess angenommen. Bei der im Kronprinz Rudolf-Kinderspitale durch Dr. v. Török vorgenommenen Eröffnung entleerten sich viele krümelige Massen so wie Haare.

Die Untersuchung ergab nun eine große Höhle, aus derem Grunde nach Resektion von 4 Rippen die Geschwulst entfernt wurde. Gleichzeitig fand sich ein Darmstück, und zwar Dickdarm, so ähnlich normalem, dass man einen Moment fürchtete, es handle sich um den Darm des Kindes. Die aus der Höhle entfernte Geschwulst ist mannsfaustgroß, von 12 cm größter Länge bei 8 cm Breite am kolbigen, $2^1/_2$ cm am verjüngten Ende, und hat einen hühnereigroßen cystischen Antheil, welcher Operationswundfläche zeigt, während der übrige Theil von einer kindlichen, mit reichlichem Schmeer überzogenen Haut bedeckt ist. Auf der Kuppe des kolbigen Endes befindet sich ein Büschel 20 cm langer, blonder Haare, daneben auf der einen Seite zwei mit klarer Flüssigkeit gefüllte, nussgroße Cysten, auf der anderen ein lippen- und kieferartiges Gebilde von 8 cm Peripherie, welche halbkreisförmig aus einer mit Zahnfleisch überkleideten, knollig-höckrigen Knochenmasse und einem schmalen Lippensaume besteht. Auf dem Knochen finden sich Zähne mit abgebrochenen Kronen und ein gut erhaltener Schneidezahn. Im Inneren zeigt die Geschwust als Achse gewissermaßen Knochen mit dazwischen liegenden knorpeligen Antheilen, darum herum 2 cm dickes, subkutanes Fettgewebe.

Die eine Cyste enthielt hühnereiweißartige Flüssigkeit und zeigte in der Wand gliöses Gewebe und theilweise Flimmern tragendes Cylinderepithel, die auch nach ihrem sonstigen Verhalten dem Ependym des Centralkanales zu analogisiren wäre. Danach handelt es sich nicht um ein einfaches Dermoid, sondern um ein Teratom, hervorgegangen aus einer 2. Keimanlage, einen Foetus in Foetu.

Nach den Angaben des Operateurs ist nicht mit Sicherheit festzustellen, ob die Geschwulst oberhalb oder unterhalb des Zwerchfells, das ja durch dieselbe hoch hinaufgedrängt sein konnte, gelegen war. Ein wirklich intrathoracisch oberhalb des Zwerchfelles gelegenes Teratom wäre eine sehr große Seltenheit; die abdominalen und sacralen sind häufiger. **Hübener** (Dresden).

18) **Bush.** A bone abscess of seven years duration due to the typhoid bacillus.

(Practitioner 1900. April.)

Die 25jährige Frau hatte vor 7 Jahren Typhus durchgemacht. Während der Rekonvalescenz wurde ein Abscess im oberen Theile der linken Tibia eröffnet. Bis vor 2 Jahren blieb hier eine Fistel bestehen, die geringe Eitermengen ent-

leerte. Neben der Narbe wurde jetzt wieder eine Eiterhöhle im Knochen eröffnet, die einen kleinen Sequester enthielt. Aus dem Eiter wurde ein Bacillus gezüchtet, der durch die Kultur und Widal's Probe als Typhusbacillus sich erwies.

Strauch (Braunschweig).

19) **F. B. Harrington.** Carbolic gangrene.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Juli.)

H. hat selbst in den letzten 5 Jahren 18 Fälle von Karbolgangrän der Finger beobachtet und giebt von einigen derselben vorzügliche, zum Theil farbige Abbildungen. Aus der Litteratur konnte er weitere 132 Fälle zusammenstellen. In all diesen Fällen waren wässrige Lösung von 1—5% zu Umschlägen verwendet worden; meistens war die Amputation des so behandelten Gliedes nothwendig geworden. Verf. verlangt auf Grund dieser Erfahrungen, dass Karbollösungen überhaupt nicht im Handverkaufe, sondern nur auf ärztliches Recept hin abgegeben werden dürften.

R. v. Hippel (Dresden).

20) **N. A. Bogoras.** Über einige Erscheinungen der Malariainfektion, die chirurgische Erkrankungen simuliren.

(Wratsch 1900. No. 23.)

1) Bei einem 30jährigen Manne fand B. Erysipel des Gesichts mit nachfolgender Desquamation des Epithels, das Abends auftrat und am Morgen verschwand; nachdem der Process 3 Tage lang regelmäßig von Neuem auftrat, dachte B. an die Möglichkeit der Malaria, und nach Verabreichung von Chinin trat wirklich rasche Heilung ein.

Im 2. und 3. Falle handelte es sich um Herpes malaricus auf der Nasenschleimhaut (Nasenflügel und Septum, untere Muschel frei) mit Rhinitissymptomen, die nach Chinin prompt schwanden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

21) **G. T. Jackson.** A case of dermatitis exfoliativa.

(Med. and. surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.)

Seltener Fall von primärer Dermatitis exfoliativa, beginnend in den Handtellern und allmählich die ganzen Hände und Vorderarme so wie zahlreiche andere Körpertheile ergreifend. Die Krankengeschichte ist durch sehr schöne Abbildungen illustrirt. Die sehr hartnäckige Affektion heilte schließlich unter sehr großen Jodkaliumdosen und lokaler Applikation von reinem Olivenöl, nachdem alle differenteren Salben etc. nur verschlimmernd gewirkt hatten.

R. v. Hippel (Dresden).

22) **W. W. Iwanow.** Zur Frage von der multiplen Hautsarkomatose.

(Klinisches Journal 1900. Hft. 7. [Russisch.])

I. bringt die genaue Beschreibung eines seltenen Falles von wahrscheinlich sekundärer Hautsarkomatose: Primärer Herd vielleicht in der rechten Mamma oder in den Gekrösdrüsen. Bald nach der Entbindung traten bei der 22jährigen Pat. plötzlich zahllose Hautmetastasen auf; sie zeigten das Bild des pigmentlosen Sarkoms. Nach 2 Monaten erschienen Symptome einer schweren septischen Infektion (Infektion durch die Geschwulsttoxine) und führten nach $2^1/_2$ Wochen zum Tode. Die Sektion zeigte zahlreiche Metastasen in Darm, Leber, Uterus und Lymphdrüsen. Alle Geschwülste waren typische Rundzellensarkome.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

23) **N. G. Korolenko.** Ein Fall von Gonorrhoea, komplicirt mit Pyämie.

(Med. Beilage zum Morskoi Sbornik 1900. März. [Russisch.])

Ein 33jähriger Arbeiter erkrankte an Gonorrhoea, richtete aber keine Aufmerksamkeit darauf und kam erst nach 3 Wochen mit 4 Tage dauernder Harn-



verhaltung ins Hospital; Fieber, Schmerzen in den Extremitätengelenken. Harn trübe, viel Eiterzellen und Gonokokken. Das Bewusstsein schwand immer mehr, und nach 2 Tagen trat unter Erscheinungen von Herzschwäche der Tod ein. Sektion: eitrig-gangränöse Prostatitis, eitrige Cystitis, Hämorrhagien im Perikard, Pleuren, Nierenkelch und Blase; Abscesse in Lungen und Nieren, serös-eitrige Synovitis, Fettdegeneration des Herzmuskels.

K. erklärt sich den Fall so: Die eitrige Entzündung griff auf Blase, Prostata und die Venen des Plexus Santorini über und führte von hier aus zur Pyämie. Gonokokken wurden nur in der Prostata gefunden; aus der Gelenkflüssigkeit wurde ein sehr feiner Staphylococcus gezüchtet, der die Gelatine verflüssigte. Kulturen aus Blut und Perikardflüssigkeit fielen negativ aus. Es handelte sich also um gemischte Infektion. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

24) **J. Hallé.** Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant. Arthrite sternoclaviculaire. — Arthrite de la hanche.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1900. p. 260.)

1. Fall: 7jähriges Mädchen. Vulvovaginitis seit 1 Monate. Aussehen einer eitrigen Erkrankung des Sternoclaviculargelenkes. Spontane Heilung innerhalb eines Monates.

2. Fall: 5jähriges Mädchen. Vulvovaginitis seit Jahren (3?). Innerhalb von 8 Tagen entwickelte sich starke Adduktions- und Flexionskontraktur, leichte Schwellung der Hüftgelenksgegend und der Leistendrüsen. Äußerste Schmerzhaftigkeit, kein Fieber. Die Diagnose auf gonorrhoische Hüftgelenksentzündung wurde gestützt durch Fehlen des prämonitorischen Hinkens und des Knieschmerzes. Außer der örtlichen Behandlung der Gonorrhoe wurden nur Umschläge angewandt. Nach 8 Tagen konnte Pat. das Bein ausstrecken. Völlige Heilung in 8 Wochen.

F. Göppert (Kattowitz).

25) **E. Fournier.** Trois cas de syphilis héréditaire tardive.

(Méd. moderne 1900. No. 50.)

Fall 1: 25jähriger Mann. Mutter hat 11mal geboren, davon 2 Aborte, 6 Kinder in jugendlichem Alter gestorben, 1 außer dem Pat. hereditär syphilitisch. Pat. bei der Geburt sehr schwächlich, lernt erst mit 2 Jahren sprechen und laufen. Mit 7 Jahren dauerndes Augenleiden; mit 11 Jahren Arthritis cubiti, für tuberkulös gehalten und mit Resektion behandelt; mit 13 Jahren Caries der Nasenbeine und totales Einsinken der Nase; mit 18 Jahren Arthritis genu sin. mit säbelscheidenartiger Verbiegung der Tibia, durch specifische Behandlung geheilt, eben so eine syphilitische Hodengeschwulst mit 19 Jahren.

Jetzt Hutchinson'sche Trias: typische Zahnbildung, Katarakt auf dem linken, Keratitis und Chorioretinitis atrophica auf dem rechten Auge, Verlust des Gehörs links; außerdem Missbildung der linken Ohrmuschel und Sattelnase.

Am Penis ein Ulcus durum, genau wie ein frischer Schanker aussehend, mit indolenten Bubonen. Doch ergiebt die Anamnese, dass eine gleiche Affektion, von der die Narbe noch sichtbar, vor 2 Monaten bestand, dass beide ursprünglich genau wie Gummigeschwülste aussahen und erst unter reichlicher Eiterung zerfallen sind, dass die Drüsenschwellung schon seit langer Zeit besteht, und dass die Verhärtung der Geschwürsränder auf medikamentöse Einwirkung und Benetzung mit Urin zu beziehen ist.

Nach alledem hält es F. für zweifellos, dass die einem frischen Schanker zum Verwechseln ähnliche Affektion ein Ausdruck der Syphilis hereditaria tarda ist.

Fall 2 bietet objektiv am Penis genau das gleiche Bild; aber auch hier lässt die Vorgeschichte an der hereditär syphilitischen Provenienz keinen Zweifel. Familiengeschichte unbekannt. Pat., ein 38jähriger Mann, als Kind sehr schwächlich, mit 9 Jahren augenleidend, dann Ohrenlaufen und Verlust des Gehörs links, bis zum 15. Jahre Enuresis nocturna; mit 17 Jahren Perforation des Gaumens, wenige Monate später zerfallende Gummata in der Regio submaxillaris, gummöse Periostitis der linken Schulter mit Sequesterbildung. Jetzt abgesehen von den

zahlreichen Narben typische Zähne und atrophische Veränderungen an den inneren Augenhäuten.

Fall 3: 22jähriges Mädchen. Vater unbekannt, Mutter 1 Abort, 1 Kind, die Pat. Dieses sehr schwächliche Kind lernt mit 2 Jahren laufen, erst mit 4 Jahren sprechen, mit 13 Jahren menstruirt, Menses sehr spärlich und unregelmäßig. Jetzt sehr dürftig, fast kindlich entwickelt. Hoher, spitzbogenförmig gewölbter Gaumen, typische Veränderung der Zähne und des Augenhintergrundes. Gehör normal, Trommelfelle getrübt. Pat. kommt mit einem anscheinend typischen Schanker der Brust. Daneben aber besteht typisches Gumma einer Hinterbacke, bedeutende Hyperostose des linken Schlüsselbeines, Anschwellung und Verkrümmung beider Tibiae. Die daraufhin auf Syphilis hereditaria tarda gestellte Diagnose wird durch den Erfolg einer Jodkaliumkur bestätigt. Einige Zeit danach kommt Pat. mit einem Gumma des Schädels und meningitischen Symptomen wieder, wird durch geeignete Behandlung in kurzer Zeit wieder geheilt. **R. v. Hippel** (Dresden).

26) J. W. Kudinzew. Resektion der Vasa deferentia bei Prostatikern und die Operationsresultate.

(Wratsch 1900. No. 25 u. 26.)

Prof. Podres machte früher mehrmals partielle oder totale Resektion der Prostata bei Hypertrophie derselben, kam aber zu negativen Resultaten: die Operation ist schwierig und undankbar. — Die Resektion der Vasa deferentia gab folgende Resultate: 9mal Heilung; dabei sind die späteren Befunde interessant: in der Klinik wurde die Prostata nicht kleiner, später fand K. in einem Falle die Prostata nach 2 Jahren auf die Hälfte geschrumpft, in einem zweiten — Schrumpfung nach einem Jahre, in einem dritten — bedeutende Schrumpfung nach $1^1/_2$ Jahren, doch rechts viel mehr als links; in diesem Falle war links die Resektion, rechts aber wegen Hodensarkom die Kastration gemacht worden. — In 8 Fällen — meist schwache Greise — bedeutende Besserung; 7 Fälle ungebessert. Von letzteren wurde bei 4 später die Epicystotomie gemacht, 3mal mit Erfolg; der 4. Pat. starb nach 2 Wochen an Komplikationen. Große Erleichterung der Symptome giebt auch der Verweilkatheter, den aber nur Wenige vertragen. — Meist trat nach der Resektion erst sehr bedeutende Besserung ein, die aber nach 30—50 Stunden einer neuen Verschlimmerung wich; letztere hielt 2—3 Tage an, dann besserte sich der Zustand nach und nach. Die Kastration führt bekanntlich meist sofort zu dauernder Besserung. Den häufigen Misserfolg deutet K. an der Hand der Untersuchungen von Albarran und Hallé so, dass bei gutartiger Hypertrophie die Resektion erfolgreich ist, bei bösartiger Hypertrophie aber nicht. Immerhin ist die Operation gegen früher ein großer Fortschritt, doch werden die Resultate noch besser, wenn die Zahl längerer und genauer Beobachtungen größer und die Indikation genauer gestellt wird. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

27) J. Verhoogen. Prostatectomie périnéael pour hypertrophie de la prostate.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. Juni.)

Bei einem alten Prostatiker entfernte V. vom Damme aus die Prostata folgendermaßen. Er führte einen Schnitt linkerseits über den Damm bis zum Ansatze des Steißbeines ans Kreuzbein. Von diesem Schnitte aus konnte er den mit einem Tampon geblähten Mastdarm linkerseits frei präpariren. Einen 2. Schnitt führte er senkrecht auf den ersten quer über den Damm einen Finger breit vom After entfernt. Jetzt konnte er die Prostata in ihrem ganzen hinteren Umfange frei legen, indem er den After sammt Mastdarm nach hinten rechts bei Seite zog. Nun öffnete er die Kapsel der Prostata, zog sie mit Muzeux'schen Zangen vor und schnitt unter Schonung der Harnröhre, in welcher ein Metallkatheter lag, große Stücke der Prostata aus. Er entfernte etwa 75 g Prostata, welche er nach und nach von der Harnröhre und Blase abschälte. Zum Unglück stieß der Katheter schließlich ein Loch in die hintere Harnröhrenwand. V. ging durch dieses Loch in die Blase, stülpte von innen her die Prostata nach außen und exstirpirte weiter.



Er konnte sogar zwischen Harnröhre und Symphyse eindringen und Prostatagewebe entfernen. Die Harnröhrenwunde wurde genäht, aber es bildete sich eine Fistel, die heute fast geschlossen ist. Der Urindrang ist verschwunden, die Urinentleerung geht normal vor sich. Pat. ist als geheilt zu betrachten. Von den Ductus ejaculatorii und den Schicksalen der Hoden schreibt V. nichts. Die Blutung bei der Operation war gering, weil die Bulbi urethrae geschont wurden.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

28) **Briddon and Eliot. Tubercular degeneration of the patent urachus in the adult.**

(**Med. and surg. report of the presbyterian Hospital in the city of New York 1900. Januar.**)

Die Krankengeschichte des interessanten Falles ist folgende:

19jährige Frau ohne tuberkulöse Belastung. War stets gesund bis 5 Wochen vor ihrer Aufnahme ins Hospital. Damals bekam sie Schmerzen, Hitze, Röthung und Anschwellung an dem früher ganz normalen Nabel. Unter Zunahme der Symptome bildete sich in 2 Wochen eine bohnengroße rothe Geschwulst am Nabel. Während dieser Zeit bestand fast dauernd heftiger, stechender Schmerz im Hypogastrium mit ausgesprochenen Blasentenesmen und vermehrtem Harnen bis zu stündlicher Urinentleerung. Am Ende der 2 Wochen spontaner Aufbruch der Geschwulst mit Entleerung von trüber, urinös riechender Flüssigkeit und Nachlass der Schmerzen. Von nun an wird fast gar kein Urin mehr auf normalem Wege, sondern nur noch durch die Nabelfistel entleert, das Allgemeinbefinden geht rapid zurück.

Die Untersuchung lässt an den inneren Organen, abgesehen von anämischen Herzgeräuschen, nichts Abnormes erkennen. Am Nabel eine Fistel mit geschwürigen Rändern, die sero-purulente, urinöse Flüssigkeit absondert. Eine eingeführte Sonde dringt offenbar bis zur Blase vor. Blasengegend auf Druck schmerzhaft. Urin stark alkalisch, spec. Gewicht 1014, 15% Sediment, Geruch faul und ammoniakalisch, 10% Albumen, kein Blut, viel Schleim, Eiter und Blasenzellen, Tripelphosphatkrystalle, keine Cylinder.

Ausspülungen mit verschiedenen antiseptischen Lösungen bei innerlichem Salolgebrauch blieben absolut erfolglos, eine Tuberkulininjektion ergab positives Resultat.

Es wurde daher am 26. August von E. die Sectio alta zum Zwecke der Blasendrainage ausgeführt. Dabei fand sich ein offen in die Blase einmündender Urachus und mehrere kleine Geschwüre an der hinteren Blasenwand, von denen zur mikroskopischen Untersuchung Stückchen entnommen wurden; letztere ergab keine für Tuberkulose charakteristische Bilder. Nach Verschorfung der übrigen Geschwüre mit dem Thermokauter wird ein Jodoformstreifen durch den Urachus hindurchgezogen, die Blase mit Heberdrainage versehen.

Nachdem sich die Cystitis und das Allgemeinbefinden bei der permanenten Blasendrainage etwas gebessert hatten, wird am 27. September von B. die Exstirpation des Urachus ausgeführt, die ohne Eröffnung des Bauchfells gelingt, da letzteres bedeutend verdickt ist. Naht der Wunde, die primär verheilt. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Urachus ergiebt Tuberkulose.

Die Blasenfistel schloss sich sehr langsam, und eben so langsam kehrte die normale Miktion wieder. Der Urin enthielt nur noch wenig Schleim und Eiter und nur 3% Albumin.

E. hält es nach dem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung für wahrscheinlich, dass der offene Urachus primär tuberkulös erkrankte, und von hier aus erst die Infektion der Blase erfolgte. Er knüpft an diesen Fall allgemeine Bemerkungen über Diagnose und Behandlung der Urachusfisteln, die nichts Neues enthalten.

R. v. Hippel (Dresden).

29) **J. Pollitzer.** Zwei seltene Fälle von Perforation in die Blase.
(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 19.)

Im 1. Falle, bei einem 12jährigen Knaben, der an Coxitis seit seinem 6. Lebensjahre gelitten hatte und unter den Erscheinungen einer von der Blase ausgehenden Pyämie gestorben war, fand man bei der Sektion außer eitrigen Metastasen einen Sequester in der Blase, welcher vom Hüftgelenke aus dahin perforirt war.

Bei einem kleinen Kinde entstand nach der rituellen Circumcision ein Bubo, der vereiterte und mit Punktion und Lapisinjektion behandelt wurde. Es blieb eine Fistel, aus der sich nach längerer Zeit Urin entleerte. Der Eiter war unter dem Lig. Pouparti hindurch in die Blase durchgebrochen.

Im Anschlusse an die Fälle bespricht Verf. die in der Litteratur vorhandenen analogen Fälle. **Grisson** (Hamburg).

30) **Baccarani.** Sopra un caso de ematuria renale notturna.
(Clin. med. ital. 1900. No. 4. Ref. nach Gazz. degli osped. e delle clin. 1900. No. 75.)

Einem von Prof. De Giovanni im Jahre 1880 beobachteten Falle von essentieller Nierenblutung fügt B. einen weiteren Fall hinzu. Während in jenem Falle die große Leukocytenzahl auffallend war, stach in diesem das zerfallene Aussehen der Blutkörperchen hervor. B. glaubt, dass außer dem merkwürdigen Wohlbefinden dieser Kranken der mikroskopische Befund des Urinsediments für die Diagnose Bedeutung hat. **Dreyer** (Köln).

31) **H. Morestin.** Tumeur maligne du testicule.
(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris.)

Einseitige, etwas höckerige Geschwulst, welche den linken Hoden in seiner Totalität ergriffen hatte. Die nach reaktionslos verlaufener Abtragung vorgenommene Untersuchung ergab Lymphadenom. **Christel** (Metz).

32) **Rouffart.** Anomalie génitale. Hernie d'un utérus rudimentaire. Castration et guérison.
(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. Juni.)

Bei einer 22 Jahre alten Dame mit rechtsseitiger schmerzhafter Leistenhernie fand R. bei der Radikaloperation einen rudimentären Uterus, dessen rechter Fundus hornartig verlängert war, ferner eine linke gut geformte Tube, ein stark vergrößertes, 7 cm im Durchmesser betragendes, cystisch degenerirtes, mobiles Ovarium und Reste von Adnexen. Heilung. — Die äußeren Genitalien dieser Person zeigten große Lippen, eine Clitoris mit Präputium, eine blind endigende, etwa $2^1/_2$ cm tiefe Scheide und Rudimente eines Hymen. Menses fehlten vollkommen, aber alle 4 Wochen kamen heftige Unterleibsbeschwerden. Die Brüste sind gut entwickelt, Haare lang, Fettpolster reichlich. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

33) **A. Bum.** Subakromiale intrakapsuläre Humerusluxation, intra partum entstanden. (Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 21.)

Der 10jährige Pat., bei welchem eine subakromiale intrakapsuläre Schulterverrenkung und eine Subluxation beider Vorderarmknochen derselben Extremität nach vorn sich konstatiren ließen, war in Schädellage mit der Zange geboren. Unmittelbar nach der Geburt zeigte er neben einer rechtsseitigen Facialislähmung, die bald geschwunden ist, Unbeweglichkeit des rechten Armes, die trotz langjähriger Behandlung sich nur langsam besserte.

Es handelt sich um eine traumatische, in der Geburt erzeugte Armlähmung, als deren Folge die Schulterverrenkung und die Subluxation im Ellbogengelenke aufzufassen ist. Beide Verrenkungen sind wohl durch Überwiegen einzelner, nicht gelähmter Muskelgruppen gegenüber gelähmten Muskeln, also als paralytische Verrenkungen aufzufassen, die sekundär zu Stande gekommen sind. Der Fall beweist, wie vorsichtig man in der Deutung von Verrenkungen sein muss, die auf den ersten Blick als angeborene imponiren. Bekanntlich gehören angeborene Schulterverrenkungen zu den größten Seltenheiten; in der Litteratur finden sich

im Ganzen 9 Fälle, unter denen einige auch noch recht zweifelhaft sind. Noch seltener sind angeborene Verrenkungen beider Vorderarmknochen im Ellbogengelenke.
Hübener (Dresden).

34) Sinnreich. Traumatisches Aneurysma der A. brachialis und Durchtrennung des N. medianus. Totalexstirpation des Aneurysmas. Nervennaht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 8.)

Der Überschrift wäre hinzuzufügen, dass völlige Heilung eintrat, und das vom Medianus versorgte Gebiet 4 Wochen p. o. nur noch geringe Störungen der Innervation aufwies. Die Operation wurde ohne Esmarch'sche Blutleere ausgeführt, von den Ästen der A. brachialis die Collateralis radialis erhalten.
Hübener (Dresden).

35) Bettmann. Ein Fall von Knorpel-Knochenabschälung aus der unteren Gelenkfläche des Femur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 5.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines Falles erwähnter Art, die er durch Beigabe eines Röntgenbildes illustrirt. Auf dem eine Profilansicht des linken Knies wiedergebenden Bilde sieht man ein offenbar von der Gelenkfläche eines oder beider Kondylen schalenförmig losgelöstes und mit der Hinterfläche der Patella fest verwachsenes flächenförmiges Knorpel- bezw. Knochenstück. Dasselbe überragt die obere und untere Patellabegrenzung, ragt unten noch eine Strecke in den Kniespalt hinein und lässt zwischen sich und dem unteren Femurende einerseits, so wie dem oberen Tibiaende andererseits Zwischenräume, von denen der erstere pathologischer Entstehung ist. Bei Bewegungen soll diese Knochenspange zusammen mit der Patella mitgehen.

Es handelt sich um das linke Knie eines 66jährigen Maurers, der schon im Jahre 1858 dadurch einen Unfall erlitten hatte, dass er aus einer Höhe von 1 m bei gestreckten Knieen auf die Füße, namentlich auf den linken Fuß fiel. Nach 9wöchiger Krankheit soll damals eine Verdickung des linken Knies, so wie eine mäßige Bewegungsbeschränkung desselben zurückgeblieben sein.

Am 2. November 1899 erlitt derselbe einen weiteren Unfall. Als er beim Tragen einer schweren Last sich mit einem Rucke auf die Fußspitzen erheben wollte, um so die Last abzuwerfen, fühlte er plötzlich einen Knack im linken Knie und hatte sofort die Empfindung eintretender Schwäche in demselben. Das Knie war 4 Wochen stark geschwollen. Von dieser Zeit an soll die Bewegungsfähigkeit des linken Kniegelenkes erheblicher beschränkt sein, als früher.

Verf. lässt es unentschieden, ob die Absprengung der Knochenlamelle auf den erstgenannten oder auf den letzten Unfall zurückzuführen ist.
Motz (Hannover).

36) Perrando. Casistica di chirurgia ortopedica.

(Arch. di ortopedia 1900. No. 1.)

1) Ersatz eines großen Tibiadefektes durch die Fibula. In zwei Zeiten wird erst das obere, dann das untere Ende des Knochens durchschnitten und in die Tibia implantirt. Völliger Erfolg. Die Fibula nimmt allmählich an Dicke und Tragfähigkeit zu. 8jähriges Kind.

2) Blutige Reposition einer $2^1/_2$ Jahre alten Hüftverrenkung. 10jähriger Knabe. Schnitt über den Trochanter, Loslösen der Muskeln. Der Kopf deformirt, die Pfanne mit Bindegewebe ausgefüllt. Gute Herstellung der Funktion; bis zu 50° Beugung.
E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. Sonnabend, den 13. Oktober. 1900.

1) **A. Eulenburg.** Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. 3. gänzl. umgearbeit. Auflage. Bd. XXII—XXIV.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1900.

Band XXIV endigt mit dem Artikel »Tulipin«. Auch in diesen letzten Bänden tritt das Bestreben des Herausgebers und seiner Mitarbeiter klar zu Tage, durch mehr oder weniger vollständige Umarbeitung früherer Artikel, durch Zusätze, wo sie genügten, durch Einfügung von Abbildungen und durch Aufnahme einer großen Zahl neuer Artikel das großartige Sammelwerk auf die Höhe des jetzigen Standes unserer Wissenschaft zu bringen, und es sind nur wenig Abschnitte, bei welchen man eine solche nachbessernde Hand vermisst — seltene Ausnahmen, welche den großen, längst anerkannten Werth der allumfassenden Encyklopädie nicht verringern können. Bald wird es möglich sein, den definitiven Abschluss derselben anzuzeigen.

Richter (Breslau).

2) **Fowler** (New York). A new and improved method of entering the abdominal cavity in the ileocoecal region, with special reference to the removal of the vermiform appendix.

(Med. news 1900. März 3.)

Verf. hat eine Methode der Eröffnung der Bauchhöhle in der Blinddarmgegend angegeben, die ein rasches Auffinden des Blinddarms sichert, ein weites Operationsfeld bietet und dabei eine Schwächung der Bauchwand und die Neigung zu Hernienbildung vermeidet, da die Muskel-Aponeurosenplatten in der Richtung ihres Faserverlaufs gespalten und außerdem die Gefäße und Nerven geschont werden.

Der Hautschnitt beginnt an der Rundung des Darmbeinkammes oberhalb der Spina anterior superior und verläuft horizontal bis zum Rande des Rectus, hier wendet er sich im runden Bogen nach abwärts entlang dem Rande des Muskels mindestens $2^1/_2$ Zoll lang. Nachdem der Hautlappen umgeschlagen, wird die Aponeurose des Obliquus externus in der Richtung des Faserverlaufs durchtrennt und zur Seite gezogen. Dann wird durch einen Längsschnitt die Scheide des Rectus eröffnet und der Muskel, so wie die epigastrischen Gefäße nach einwärts gezogen. Die übrigen Schichten, der Obliquus internus, der Transversus, so wie das Bauchfell werden nun gemeinsam durch einen Querschnitt durchtrennt. Die Öffnung der Bauchwand liegt unmittelbar über dem Blinddarme. Jeder Schnitt wird schließlich durch eigene Naht geschlossen, nur werden die Ränder der Fascie des Rectus zugleich mit in die Naht, die die Aponeurose des Obliquus externus schließt, einbegriffen.

Strauch (Braunschweig).

---

3) **Cushing.** Observations upon the neural anatomy of the inguinal region relative to the performance of herniotomy under local anaesthesia.

(John Hopkins Hospital 1900. März.)

Um die Herniotomie unter Lokalanästhesie völlig schmerzlos ausführen zu können, ist es nothwendig, den genauen Verlauf der in Frage kommenden Nerven zu kennen. Verf. hat auf Grund genauer anatomischer Untersuchungen ein Vorgehen der Anästhesirung empfohlen, bei der jeder Schmerz vermieden wird.

Der Hautschnitt verläuft in einer Linie, die den vorderen und den lateralen Hautast des letzten Dorsal- und des ersten Lumbalnerven trennt. In den tieferen Schichten begegnet man dem Ileohypogastricus, dem Ileo-inguinalis und dem Spermaticus externus. Der Ileo-hypogastricus verläuft auf dem Musculus obliquus internus unweit des unteren Randes und wird hier von dem Schnitte, der bei der Halsted'schen Methode schräg in den Muskel geführt wird, durchtrennt. Der Ileo-inguinalis vereinigt sich in der Regel mit dem Spermaticus externus im Leistenkanale zu einem Stamme. Er ver-

sorgt den ganzen Inhalt des Hodensackes, den Samenstrang, den Bruchsack und den Hoden, ferner die Haut über der Innenseite des Scarpa'schen Dreiecks. Dagegen wird die Haut des Hodensackes und der Penis nicht von ihm, sondern vom Plexus ischiadicus aus versorgt. Eine Durchtrennung des Nerven lähmt desshalb den Cremaster, hebt aber die wurmartigen Bewegungen der Tunica dartos nicht auf.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Kompressionsfraktur des 12. Dorsalwirbels zu beobachten, bei dem eine Anästhesie im Gebiete des Plexus ischiadicus am Beine, so wie der Haut des Penis und des Hodensackes bestand.

Bei der Operation geht Verf. in der Weise vor, dass er unter Schleich'scher Anästhesie nur die Haut durchtrennt. Durch das subkutane Fett, das im oberen Theile des Schnittes empfindungslos ist, wird dann bis auf die Aponeurose vorgedrungen, diese eröffnet und von hier aus der Ileo-hypogastricus so wie der Stamm des Ileo-inguinalis und Spermaticus externus durch Injektion einer $^1/_2$ bis 1 %igen Cocainlösung unempfindlich gemacht. Alles weitere Operiren findet dann in völlig unempfindlichem Gewebe statt.

Strauch (Braunschweig).

---

4) **W. Bittner.** Über die Radikaloperation des Leistenbruches, nebst Bemerkungen zur Ätiologie, Anatomie, Klinik desselben.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 1—3.)

Die Arbeit fußt auf dem Materiale der Bayer'schen chirurgischen Abtheilung am Prager Kinderspitale. B. hält an dem Satze fest, dass alle kindlichen Leistenbrüche in der Regel angeboren sind. Als klinische Eigenthümlichkeit der rein angeborenen Brüche erwähnt er, dass sie dem Träger wenig oder gar keine Beschwerden machen. Die Brüche theilt er in 3 Gruppen ein:

1) Angeborene s. strict.,
   a. angeborene Brüche im Allgemeinen,
   b. erworbene Brüche.
2) Übergangsformen.
3) Erworbene Brüche s. strict.

Die Indikationen zur Radikaloperation sind nach B.:

1) Brüche, wo die Bruchbandtherapie erfolglos war.
2) Brüche mit weiter Bruchpforte und irreponible Brüche.
3) Brüche, die größere Beschwerden machen.
4) Brüche, die aus socialen Gründen operirt werden sollen.
5) Herniotomie wegen Brucheinklemmung.

Als Kontraindikationen bezeichnet B.

a. Krankheit,
b. allzu große Jugend.

Die Operation selbst macht B. in der üblichen Weise. Der Verschluss des Leistenkanals geschieht in der Weise, dass die gesammte muskulöse, den Kanal medial begrenzende Bauchwand an das Lig. Pouparti mit starken Seidenknopfnähten in der ganzen Länge angenäht wird. Hierzu kam in den letzten Jahren eine von Bayer erdachte Modifikation, wobei die innere Öffnung des Leistenkanals bei auf- und abgehaltenen Cremasterlappen von ihren inneren Rändern aus genäht und die freien Ränder der Lappen selbst in die gemeinschaftliche Haut-Fasciennaht mitgenommen werden.

B.'s Resultate waren folgende:

Radikal operirt wurden

84 Kinder mit freien Brüchen; hiervon wurden 47 Fälle dauernd geheilt, es starb 1 nach der Operation.

6 Kinder mit eingeklemmten Brüchen, davon 4 Dauerheilungen, 1 Todesfall.

Ein wahres Recidiv hat B. nie beobachtet. In 4 Fällen kam es zu Bauchwandbrüchen, die in einer Lücke der Operationsnarbe zum Vorschein kamen. **Jaffé** (Hamburg).

---

5) **P. Edel** und **F. Volhard.** Über die Queirolo'sche Methode zur Bestimmung der Magengrenzen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Die Methode besteht in der Einführung eines Magenschlauches, dessen Magenende durch eine kleine Blase verschlossen ist. Das freie Ende ist mit 2 Schläuchen armirt, deren einer mit der Außenluft in Verbindung steht und durch einen Hahn verschlossen werden kann, deren anderer in eine Marey'sche Trommel mündet.

Nach Einführung des Schlauches in den Magen wird etwas Luft durch das freie Ende eingeblasen und so das Bläschen gebläht. Perkutirt man nun den Magen, so entsteht ein kräftiger Ausschlag der Feder, die in Ruhe bleibt, wenn der Darm perkutirt wird. Verff. haben die Resultate nachgeprüft und mit denen anderer Methoden verglichen (Aufblähung mit Kohlensäure) und fanden große Übereinstimmung. Nur bei Starrheit des Thorax ließ sich die Fundusgrenze schwer bestimmen. Die Genauigkeit der Bestimmung der kleinen Curvatur ließ zu wünschen übrig, da im Bereiche der Leber kein Ausschlag zu erzielen war. **Borchard** (Posen).

---

6) **v. Hacker.** Über die nichtkrebsigen Magenneubildungen. (Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Die von dem Bindegewebe oder der glatten Muskulatur der Magenwand ausgehenden Geschwülste bilden in klinischer Beziehung meist einen ganz anderen Typus, als die carcinomatösen. Es handelt sich in der Regel um bedeutend größere Geschwulstbildungen, deren

Ausgangspunkt bei der klinischen Untersuchung sehr häufig zweifelhaft erscheint und oft irrthümlich als im Netze, Mesenterium, der Leber, der Niere, der Milz u. dgl. gelegen angenommen wurde. In diesen Fällen sind entweder gar keine Magenbeschwerden vorhanden oder nur solche, die eben so gut durch eine auf den Magen drückende, als von ihm ausgehende Geschwulst erklärt werden können. Verbreitet sich eine solche Geschwulst, die meist von der Magenwand auszugehen pflegt (große oder kleine Curvatur), von einem dem Pylorus sehr nahe gelegenen Wandtheil aus, so kann es auch da zu einer Pylorusstenose, typischem Erbrechen etc. kommen. Mehrere solcher Fälle sind beschrieben (Herhold, Hahn, Bardeleben, Czerny). Besonders in Frage kommen Myome sowohl als Fibrowie auch als Leiomyome, dann Sarkome und Fibrosarkome, auch Myxome. Bei den frei in die Bauchhöhle vorwachsenden Geschwülsten dieser Art hängt von der bei der Operation gestellten Diagnose, ob z. B. reine Hyperplasie oder Sarkom, die Behandlung ab. Im ersteren Falle ist eine Ausschälung gestattet, im letzteren Falle muss die Magenresektion gemacht werden.

v. H. demonstrirt zugleich eine 26jährige Pat., bei der er im Januar 1898 die Magenresektion wegen einer mit der vorderen Magenwand an der kleinen Curvatur innig zusammenhängenden, fast mannskopfgroßen Geschwulst ausgeführt hat. Es war zweifelhaft, ob es sich um ein Myxom oder ein Myoma sarcomatosum handelte. Die mikroskopische Untersuchung (Prof. Pommer) ergab Myxom. Pat. ist jetzt nach 22 Monaten völlig recidivfrei und hat sich sogar vor 3 Wochen verheirathet. **Hübener** (Dresden).

---

7) **M. Delorme.** Sur le traitement de grands prolapsus rectaux par l'excision de la muqueuse rectale ou rectocolique.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 19.)

Die Methode D.'s beruht auf der Abtragung des gesammten Schleimhautcylinders des vorgefallenen Mastdarms (und Dickdarms) mit darauffolgender Vernähung der cirkulären Schnittwunden. Die Operation, der eine gründliche Entleerung des Darmes vorhergehen muss, beginnt mit Dehnung des Afters und Umschneidung desselben. Die Schleimhaut wird dann aufsteigend, erst vorn, hierauf seitlich und hinten so hoch als nöthig (80 cm in einem Falle) abgelöst, der dünne Schlauch nach querer Abklemmung und Anlegung von 4 Heftnähten durch ein Knopfloch hindurch resecirt; dann folgt cirkuläre Vernähung.

Als Vortheile des Verfahrens rühmt Verf., dass 1) der Sphinkter geschont, 2) das Bauchfell nicht geöffnet, 3) durch Aufeinanderfaltung des gesparten Prolapsgewebes der neugebildete Mastdarm an Widerstandsfähigkeit gewinnt.

In zweien seiner Fälle ist D. mit dem Erfolge sehr zufrieden, seinen dritten — excessiv langer Schleimhautcylinder — hat er ein-

gebüßt, weil die Naht nicht gehalten hat. Als Nachtheile der Methode sind wohl lange Dauer und Blutverlust der Operation zu betrachten, sodann die einer Hungerkur ähnliche, sehr strenge Nachbehandlung, weil die Naht bei geringstem Insulte durchreißt. **Christel** (Metz).

---

8) **C. Ewald.** Erfahrungen an chirurgisch und medicinisch behandelten Gallensteinkranken. (Aus der Klinik Albert.)

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 6—14.)

Die Erfahrungen sind an 63 Fällen gesammelt, deren Krankengeschichten alle in der Arbeit wiedergegeben sind; es wird aber bei jedem Falle nur das Besondere ausführlich behandelt, die Fälle sind nach ihrer Besonderheit gruppirt, und aus den Gruppen wird gleich die Nutzanwendung gezogen; so lassen sich die zahlreichen Krankengeschichten ohne Ermüdung studiren.

Es sind hauptsächlich Specialfragen, die E. an der Hand seiner Fälle erörtert. Hier können nur einige Punkte herausgehoben werden, das Studium des Originals ist sehr zu empfehlen. Verf. beantwortet die Frage, ob man »latente Steine«, die man bei Laparotomien zufällig findet, entfernen soll, entschieden bejahend, ja man soll bei jeder Laparotomie, aus welcher Indikation sie auch gemacht werde, stets die Gallenblase so wie den Wurmfortsatz eines Blickes oder Griffes würdigen. Es folgt die Besprechung der Steine, welche Schmerzen, aber keine schweren anatomischen Veränderungen verursachen, der Ätiologie der Gallensteine, wobei E. Zweifel an der Bedeutung des »steinbildenden Katarrhs« äußert, der Verlegung des Ductus cysticus, der Wanderung der Steine, die zur Erörterung der Peristaltik und der Krampfzustände der Gallenwege Veranlassung giebt, der Cholecystitis und Pericholecystitis, der Diagnose der Gallensteine bei geschlossenem und offenem Bauche. Hier warnt Verf. vor dem Gebrauche der Sonde, die nur trügerische Untersuchungsergebnisse liefert; der tastende Finger ist zuverlässiger, aber auch nicht untrüglich; der einzig sichere Beweis für die hergestellte Wegsamkeit ist der Gallenfluss; aber auch der bleibt wegen der Schleimhautschwellung in den Gallenwegen oft bei der Operation der Steine aus und stellt sich erst in den nächsten Tagen, nachdem die Schwellung nachgelassen hat, ein. Zu Verwechslung mit Gallenstein giebt die an der Mündung des Cysticus gelegene, häufig geschwollene Drüse Anlass.

Aus dem Kapitel »Chirurgische Behandlung der Cholelithiasis« ist hervorzuheben, dass E. den Choledochus nach der Choledochotomie durch einen in den Gang eingelegten und durch eine Naht befestigten Nélaton drainirt; im Übrigen muss auf das Original verwiesen werden.

Für die Indikationen der Gallensteinkrankheit ist der Satz von Wichtigkeit, dass die Gefahr der Operation im geraden Verhältnis zu der Gefahr des Leidens steht, — eine Thatsache, die für Arzt

und Pat. den Entschluss zur Operation erleichtert. Was die Recidive nach Operationen anlangt, so sind sie vorläufig selten vorgekommen. Sollten sie in der Folge häufiger werden, so würden sie nicht gegen die Berechtigung der operativen Therapie sprechen, sondern dazu führen, dass man häufiger als jetzt die Cholecystektomie machen müsste.

Grissen (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Knappschafts-Lazarette zu Völklingen a. d. Saar. [Dirigirender Arzt: Dr. Hansmann.])

Ein Fall von Luxation der Patella nach Abriss der Quadricepssehne.

Von

Dr. **Ernst Schmidt,**

Assistenzarzt der chirurgischen Abtheilung.

Bei der Seltenheit derartiger Beobachtungen und besonders wegen der vorgelegenen Möglichkeit der Darstellung im Röntgenbilde dürfte der vorliegende Fall eine etwas eingehendere Besprechung verdienen.

Am 25. December 1899 glitt der 16 Jahre alte Bergarbeiter B. bei dem bestehenden Glatteise auf einer hölzernen Schwelle aus und fiel mit dem linken Knie auf die Kante einer Schiene. B. fühlte plötzlich einen Ruck und Schmerzen oberhalb der Kniescheibe. Er war nicht mehr im Stande, sich zu erheben, und wurde mittels Wagens nach dem Lazarette überführt.

Pat. ist ein blasses, jugendliches Individuum von äußerst schwächlicher Muskulatur.

Das linke Knie steht in fast rechtwinkliger Beugestellung und ist stark geschwollen; im oberen Recessus befindet sich ein ziemlich großer Bluterguss, im Gelenke mittelgroßer Erguss. Aktive Streckung ist unmöglich, passiv lässt sich das Knie nur unerheblich strecken, dabei heftige Schmerzen; aktive Beugung ist in geringem Grade ohne besondere Schmerzen ausführbar. Der untere Rand der Kniescheibe springt stark nach vorn vor; oberhalb davon eine Vertiefung, in welcher 3 Querfinger Platz finden. Durch diese Delle fühlt man (zum Theil) die vordere, jetzt nach aufwärts gerichtete Fläche der Kniescheibe und ferner den vorderen Abschnitt der Kondylen des Femur. Der obere Rand der Patella lässt sich nicht palpiren. Gegend des Ansatzes der Quadricepssehne lebhaft druckempfindlich, Lig. patellae proprium auf Druck nicht schmerzhaft.

Eine sogleich vorgenommene Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ließ die anatomischen Verhältnisse noch genauer erkennen.

Ein Blick auf die Photographien des verletzten und des unverletzten, in demselben Beugewinkel befindlichen Knies zeigt die pathologische Stellung der Patella: der untere Rand der Kniescheibe prominirt stark nach vorn, die vordere Fläche derselben erscheint nach oben gerichtet; der obere Rand der Patella sieht direkt nach hinten und ruht auf den Knorren des Oberschenkels. Die Einsenkung der Weichtheile oberhalb der Kniescheibe ist deutlich ausgeprägt; das Gelenk ist stark klaffend.

Es gelang nicht, die fest eingekeilte Patella auf unblutigem Wege aus ihrer fehlerhaften Stellung zu lösen. Es wurde desshalb zur Operation in Chloroformnarkose geschritten (Dr. Hansmann).

Incision in senkrechter Richtung, 7 cm lang, über die Mitte des Knies; Entfernung zahlreicher Blutgerinnsel, besonders aus dem oberen Recessus, zum Theil aus der eröffneten Gelenkhöhle. Es gelingt, mit dem Finger von der Seite her

hinter die luxirte Kniescheibe zu kommen und unter ziemlicher Gewaltanwendung dieselbe in ihre normale Lage zurückzubringen. Nach erfolgter Reposition ließ sich sofort das Knie wieder in normaler Weise beugen und strecken. Nach Eröffnung des Gelenkes konnten wir konstatiren, dass sich die Patella doch in erheblicherem Maße um ihre Querachse gedreht hatte, als das Röntgenbild vermuthen ließ. Der palpirende Finger stellt den völligen Abriss der Quadricepssehne am oberen Rande der Patella fest. Auf eine Sehnennaht wird principiell verzichtet. Naht der Wunde. Kompressivverband in Streckstellung. Volkmann'sche Schiene.

2. Januar 1900: Verbandwechsel. Wundränder verklebt, keine Reaktion. Trockener Verband. — Beginn mit ganz leichten, passiven Bewegungen; leichte Faradisation des Quadriceps.



Fig. 1.



Verletztes Knie.

9. Januar: Höchste Abendtemperatur seither 38,2° C. Entfernung der Nähte. Faradisation, leichte Massage, passive und aktive Bewegungen.

16. Januar: Temperatur andauernd normal. Pat. kann das Knie fast völlig strecken. Beugung bis zu 150° möglich. — Dieselbe Behandlung.

23. Januar: B. steht auf und geht an einem Stocke; Massage, warme Bäder zur Mobilisirung des Gelenkes.

30. Januar: Gang ohne Stock möglich. Mediko-mechanische Behandlung; Bäder.

14. Februar: Laufschritt ausführbar.

In der Folge trat ein oberflächlicher Zerfall der Narbe ein, welcher bald heilte. Zur Hebung seines allgemeinen, sehr dürftigen Ernährungszustandes blieb B. noch bis zum 17. April im Lazarette. Bei der Entlassung wurde folgender Befund erhoben:

Die 7 cm lange Narbe ist fest, gut verschieblich, nicht druckempfindlich und im Übrigen belangloser Natur. Im Kniegelenke befindet sich kein Erguss mehr, in der Kniekehle leichte Infiltration der Sehnenscheiden. Beugung fast vollkommen; Laufschritt nur wenig behemmt.

Am 19. August stellt sich B. wieder vor: er ist völlig beschwerdefrei. Der ruhige Gang ist normal, Laufschrit wird tadellos ausgeführt, Muskulatur der Beine gleich kräftig entwickelt; die Streckung des Beines wird vollkommen und kraftvoll ausgeführt; kein Ödem, kein Erguss.

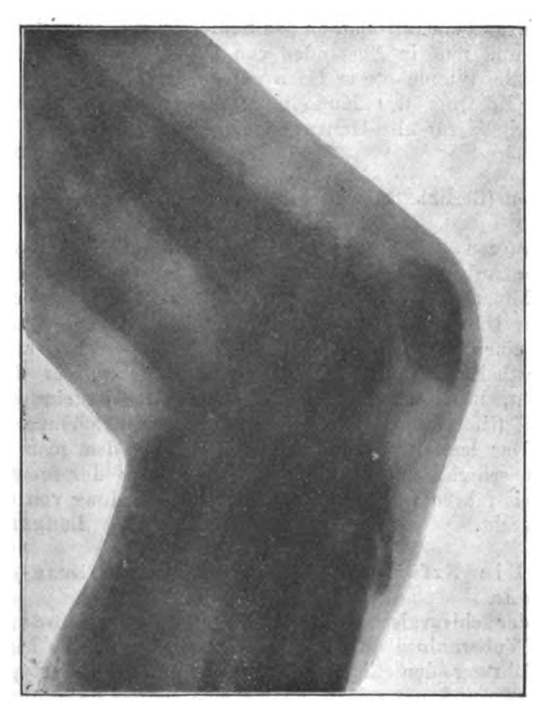
Von den objektiven Symptomen waren charakteristisch eine oberhalb der Patella gelegene, 3 Querfinger aufnehmende Delle, starkes Vorspringen des unteren Patellarrandes, Verkürzung der Patella, Nichtfühlbarkeit des oberen Randes; Verharren des Kniees in fast rechtwinkliger Beugestellung, Unmöglichkeit der Streckung

Die ersten Beobachter einer derartigen Luxation der Kniescheibe zwischen Femur- und Tibiakondylen nach Abriss der Quadricepssehne waren Midelfart, L. Szuman und C. Deaderick. Midelfart und Szuman nahmen die Reposi-

tion mit gutem Erfolge auf blutigem Wege durch Operation vor. (Tillmanns, Lehrbuch der speciellen Chirurgie.)

Wir haben von der Anlegung einer Sehnennaht, wie sie die Autoren empfehlen, Abstand genommen, da sie 1) eine nicht zu unterschätzende Komplikation der


Fig. 2.



Unverletztes Knie.

Operation darstellt, 2) uns auf Wochen hinaus der Möglichkeit beraubt, Bewegungen vorzunehmen.

Dagegen haben wir durch frühzeitig angewandte Massage, Faradisation und passive Bewegungen ein sehr gutes Resultat erzielt.

---

11) Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen, 16.—22. September.

Sektion für Chirurgie.

Katzenstein (Berlin). Beitrag zur Asepsis der Operationen.

K. berichtet, dass auf der Israel'schen Krankenhausabtheilung in Berlin seit über 2 Jahren beim Operiren ein Berühren der Wunde mit den Fingern so gut wie ganz vermieden wird. Wo sich die Benutzung der Finger nicht umgehen lässt, umwickelt er dieselben mit sterilem Mull. Das Zureichen der Instrumente wird so vorgenommen, dass der Heilgehilfe das Instrument nur da anfasst, wo es mit der Wunde nicht in Berührung kommt. Die Verbandstoffe, Tupfer etc. werden nur mit einer Kornzange gereicht und aus einem großen Schimmelbusch'schen Kasten entnommen, der durch die Art der Packung in größere und kleinere Fächer eingetheilt ist, die je für eine Art des Verbandmaterials ausgefüllt sind.

Zur Fixirung des Tuches an die Haut bedient er sich kleiner Klemmen (Demonstration). **Longard** (Aachen).

Schultze (Duisburg). Über Klemmnaht.

Die Klemmnaht hat den Zweck, die äußere Haut ohne Anwendung von Nahtmaterial zum Schlusse zu bringen. S. erreicht dies in der Weise, dass er mit Klemmen nach Art der Schieberklemmen die Hautränder an den äußersten Theilen des Hautschnittes zusammenklemmt, an den Schiebern die Haut durch Auseinanderziehen anspannt und nun in Abständen von $1^1/_2$—2 cm weitere Klemmen anlegt. Nun wird über die Wunde etwas Gaze gelegt und Jodoformkollodium darüber gegossen. Nach Erhärten des Kollodiums nimmt man die Klemmen weg. S. empfiehlt die Methode für alle Hautwunden, bei denen keine zu große Spannung zu erwarten steht. **Longard** (Aachen).

Katzenstein (Berlin). Eine neue Methode zur Anlegung von Ligaturen.

Um bei Ligaturen das Katgut zu vermeiden, hat K. langwierige Versuche zur zweckmäßigen Anlage von Silberdrahtligaturen gemacht und zur Zeit folgendes Verfahren ausgebildet, das er an der Hand vorgezeigter Instrumente demonstrirt. Er verwendet zur Unterbindung zerschnittener Gefäße kleine Silberringe, die vor der Operation in einen Schieberapparat hineingebracht werden, der in einer kleinen Schiene zum Festhalten der Ringe und einem Schieber, der dieselben in der Schiene vorschiebt, besteht. Am Ende des Apparates ist eine kleine Feder angebracht, die die Ringe in das die Unterbindung vollziehende Instrument einspringen lässt. Das letztere ist ein kleiner Péan, mit dem man die Ringe fasst, über das Gefäß schiebt und zukneift. Ein weiteres Instrument, dessen Beschreibung zu weit führen würde, besorgt die Unterbindung von Gefäßen in continuo mit Silberdraht. **Longard** (Aachen).

Niehues. Die Erfolge der Hetol- (Zimmetsäure-) Behandlung bei Tuberkulose.

N. hat in der chirurgischen Klinik zu Bonn die Landerer'sche Hetolbehandlung der Tuberkulose an 66 Kranken nachgeprüft. Er bespricht zunächst in längerer Ausführung den Einfluss der Entzündung und Hyperämie auf die tuberkulösen Herde und unterzieht, an die sich schroff gegenüberstehenden Ansichten mancher Kliniker und pathologischer Anatomen anknüpfend, die bekannten Heilverfahren, das Tuberkulin Koch's, die Stauungshyperämie Bier's und die durch Alkoholumschläge hervorgerufene Hyperämie Buchner's einer Kritik. Es wird dann der Entwicklungsgang der Landerer'schen Methode, welche bekanntlich eine aseptische Entzündung um die tuberkulösen Herde hervorrufen will, von ihren Anfängen, der intravenösen Injektion einer Perubalsam-Eidotteremulsion bis zur Einspritzung der klaren Hetollösung in Kürze geschildert. Redner verbreitet sich hierauf unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses künstlich erzeugter Hyperleukocytose auf Infektionskrankheiten über die Wirkungsweise der (gleichfalls Hyperleukocytose erzeugenden) Zimmetsäure und kommt zu dem Schlusse, dass wir uns irgendwelche Vorstellungen über dieselbe nicht machen können.

Die Kranken wurden nach den allgemein üblichen Grundsätzen und den Angaben Landerer's mit intravenösen Injektionen von Hetol und lokalen Einspritzungen von Hetokresol-Jodoformaufschwemmungen behandelt; das Hetokresol wurde später fortgelassen.

Der Einfluss auf das Allgemeinbefinden war niemals ein schlechter; nur bei sehr dekrepiden Leuten mit großen Wunden und Fisteln trat wegen der reichlichen Sekretion rascher Kräfteverfall ein.

An der Hand von Statistiken wird dann über die Resultate referirt, so wie ein Vergleich mit nicht hetolbehandelten Kranken und den von Landerer veröffentlichten Fällen angestellt. Wir entnehmen den Ausführungen nur, dass 41% Heilungen und 24% Besserungen erzielt wurden. Um ein endgültiges Urtheil über die Hetolwirkung zu ermöglichen, wird allgemeinere Nachprüfung empfohlen.

(Die Veröffentlichung der ausführlichen Arbeit erfolgt in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie.) **Longard** (Aachen).

Diskussion: Vulpius (Heidelberg). Bei etwa 20 Pat. mit chirurgischer Tuberkulose wurden die intravenösen Injektionen versucht. Da das Allgemeinbefinden öfters darunter litt, wiederholt Schüttelfrost mit hohem Fieber, Erbrechen u. dgl. eintrat, wurde die Methode verlassen. (Selbstbericht).

Niehues glaubt die Temperatursteigerung der Anwendung von zimmetsaurem Natron zuschreiben zu müssen. **Longard** (Aachen).

Bardenheuer (Köln). Über Behandlung der Phlegmonen.

B. vertritt den Standpunkt, Phlegmonen möglichst frühzeitig und ausgiebig in Narkose nach vorheriger Abschnürung des Gliedes zu incidiren. Bei para- und tendinösen Phlegmonen der Finger legt er die Schnitte seitlich an, um die Sehne vor Nekrose zu bewahren; die Sehnenscheide wird selbstverständlich nur eröffnet, wenn sich Eiter in derselben vorfindet. Großen Werth legt B. auf die Schonung der Ligamente der Sehnenscheiden.

Diskussion: Müller (Aachen) steht auf dem gleichen Standpunkte.

Rosenberger (Würzburg) hält die großen Incisionen nicht für nöthig und begnügt sich mit mehreren Schnitten in der Länge und nebeneinander von ca. 6—8 cm.

B. theilt die Ansicht des Vorredners nicht, da derartige Incisionen bei schweren Phlegmonen zweifellos nicht ausreichen. **Longard** (Aachen).

Bardenheuer (Köln). Über Kapselverengerung bei Gelenkaffektionen.

B. hat beobachtet, dass man das Kniegelenk ohne Eröffnung der Kapsel freilegen kann, und empfiehlt desshalb diese Operation für das Schlotterknie, die habituelle Verrenkung, für Erschlaffung der Kapsel nach arthritischen Processen und traumatischem Hydrops. Er geht in der Weise vor, dass er die Capsula fibrosa durch einen halbmondförmigen Schnitt, der an der Innenseite des Gelenks verläuft, freilegt. Die Kapsel und Ligament. patellae propr. wird extrasynovial quer durchtrennt, dann der hintere Rand der fibrösen Kapsel über den vorderen gezogen, vernäht, der Vastus int. abgelöst und an die Kniescheibe genäht, der innere Rand der Quadricepssehne wird durch Übereinandernähen verkürzt, der äußere sich selbst überlassen und so die Kniescheibe fixirt. 3 operirte Fälle sind seit 1/2 Jahr tadellos. In einem Falle von Schienbeinverrenkung wurde das Verfahren nach Reposition mit gutem Erfolge angewandt.

Diskussion: Trendelenburg (Leipzig) glaubt, dass die Luxatio patellae nicht traumatisch entsteht, sondern meist angeboren sei. Liegt der habituellen Luxation Genu valgum-Stellung des Knies zu Grunde, so ist die Macewen'sche Operation zu empfehlen. In einem derartigen Falle verlagerte T. die Tuberositas tibiae mit dem Lig. patellae nach innen; da der dauernde Erfolg ausblieb, verlagerte er den Condylus ext. etwa um 1/2 cm in der Weise, dass er ihn in frontaler Ebene einmeißelte und in die Meißelspalte einen kleinen Elfenbeinstift eintrieb. Ob der Erfolg dauernd sein wird, lässt sich noch nicht entscheiden.

Longard (Aachen).

Becker (Aachen) demonstrirt 2 Präparate, welche von Pat. stammen, die im Luisenhospitale zu Aachen von seinem Chef, Herrn Oberarzt Dr. W. Müller, operirt worden sind, und die in klinischer wie pathologisch-anatomischer Hinsicht interessante Einzelheiten darbieten.

Das erste betrifft eine Geschwulst der Supraclaviculargrube bei einer sonst gesunden 57jährigen Pat., die innerhalb 3 Jahre anfangs langsam, in den letzten 6 Wochen rapide gewachsen war. Dieselbe imponirte klinisch als ein großes myelogenes Sarkom der Clavicula, doch ergab die mikroskopische Unter-

suchung der exstirpirten Geschwulst, dass es sich um eine gutartige Metastase (Adenom) der normalen, durchaus nicht vergrößerten Schilddrüse handelte. Vortr. erwähnt, dass außer diesem Falle in der Litteratur bisher nur 2 Fälle von Metastasen einer normalen Schilddrüse sich finden, die Riedel auf dem Chirurgenkongresse 1893 in der Diskussion gelegentlich eines Vortrages von v. Eiselsberg über Strumametastasen erwähnt und die auch damals als myelogene Sarkome anfangs angesprochen wurden, während sowohl gut- wie bösartige Metastasen von Kröpfen bereits in größerer Anzahl beschrieben worden sind.

Der 2. Fall betrifft eine 50jährige Pat., bei der sich bei der Aufnahme eine kindskopfgroße cystische Geschwulst im Bauche vorfand, die als Pankreas- bezw. Netzcyste angesprochen wurde. Die dieserhalb ausgeführte Laparotomie ergab, dass die cystische Geschwulst der kolossal dilatirte Magen war, an dessen Pylorus sich ein etwa hühnereigroßes Carcinom befand, und die auch nach Eröffnung der Bauchhöhle noch als Cyste imponirte. Der eröffnete Magen entleerte anfangs unter hohem Drucke ca. 2—3 Liter wasserheller klarer Flüssigkeit, die wie reiner Magensaft aussah und roch, danach größere Mengen kaffeesatzartiger Bröckel.

Es wurde die Gastroenterostomie ausgeführt. Pat. überstand den Eingriff nicht, und die Autopsie ergab einen kolossal dilatirten Magen, an dessen Cardia wie Pylorus sich ein großes Carcinom befand, welches den Ein- bezw. Ausgang des Magens stenosirte, während sich zwischen den beiden Geschwülsten eine größere Partie absolut normaler Magengegend befand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um 2 primäre Carcinome des Magens handelte. Ein Analogon zu diesem Falle konnte Vort. in der Litteratur nicht finden.

(Selbstbericht.)

Morian (Essen). Über einen Fall von Druckstauung.

M. berichtet über einen 42jährigen Bergmann, der in sitzender Stellung durch einen Förderkorb so zusammengepresst wurde, dass sein Rumpf fest an den Oberschenkel gedrückt wurde. Nach höchstens 2 Minuten war der Mann befreit, das geschwundene Bewusstsein kehrte bald wieder. Das Gesicht war tiefblau verfärbt und gedunsen, aus Nase und Mund trat Blut. Die Augen waren vorgetrieben, das ganze Gesicht, der behaarte Kopf, Nacken, Hals, oberer Brusttheil, Schultern und die Rückseite des linken Ober- und Vorderarms bis zum Handgelenke stark gedunsen, tiefblau gefärbt und mit zahlreichen kleinen Punkt- und Streifenförmchen bedeckt. Das linke Bein war gelähmt, die Kniereflexe erloschen, das Gefühl erhalten. In den nächsten Tagen schwand allmählich die Cyanose, die Lähmung der Beine ging zurück, und in der 10. Woche nach dem Unfalle konnte der Kranke das Bett verlassen. M. schlägt für solche Verletzungen den Ausdruck »Druckstauung« statt der bis jetzt üblichen Benennung »Stauungsblutung nach Rumpfkompression« vor, weil er in jeder Beziehung exakter sei.

Longard (Aachen).

Longard (Aachen): Fälle von Verletzung des Sprachcentrums.

Vortr. stellt 2 Kranke vor, die beide eine ausgedehnte komplicirte Fraktur des linken Schläfenbeines etwa 2—3 cm über dem linken Ohre erlitten hatten.

Bei dem 1. Kranken bestand kurz nach der Verletzung, während eines Zeitraumes von 14 Tagen die Sprachstörung, welche wir mit dem Namen der Monophasie bezeichnen. Auf alle Fragen erhielt man immer nur die Antwort: bitte, bitte — jeder Wunsch äußerte sich in den Worten bitte, bitte, kurz, mehr wie dieses Wort vermochte der Kranke nicht hervorzubringen. Allmählich nahm der Wortschatz zu, und mit dem Ende der 6. Krankheitswoche war Pat. wieder vollständig Herr seiner Sprache. Irgend welche Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Auffallend ist, dass der Kranke trotz eines ziemlichen Gehirnverlustes (etwa 1 Esslöffel voll) aus einer funktionell so wichtigen Region, wie sie die linke Centralwindung und die Sprachregion bilden, zur Zeit keine Spur von Ausfallsymptomen mehr bietet.

Der 2. Kranke zeigt, abgesehen von der leichten Parese des rechten Oberarmes, einer muldenförmig eingezogenen Narbe über dem linken Ohre und dem

leicht spastischen Gange, das ausgesprochene Bild der motorischen Aphasie und Agraphie. In der 3. Woche nach der Verletzung litt er an traumatischem Irrsein, zur Zeit sind jedoch seine geistigen Funktionen wieder vollständig normal.

(Selbstbericht.)

B. Liesener (Köln): Über Eiterungen am Kiefergelenke.

Vortr. verbreitet sich über den Weg, den die Eiterungen des Kiefergelenkes sowohl in ascendirender als in descendirender Richtung zu nehmen pflegen. In einem derartigen Falle wurde der freie Theil des Jochbogens, das Kiefergelenk mit etwa der Hälfte des betroffenen Kieferastes resecirt, der äußere Rand der Orbita bis zur Fissura orbitalis inferior hin durchtrennt, eingebrochen und nach vorn geklappt, so dass sich die Schläfengrube leicht ausräumen ließ. Trotzdem Tod an Meningitis. Bei der Obduktion erkannte man als Ausgangspunkt der Entzündung eine Osteomyelitis des Corpus oss. sphenoidei. B. demonstrirt die gewonnenen Präparate.

Bei einem 2. Falle war der Verlauf ein günstiger. Die Kranke wurde, wenn auch mit stark entstellender Narbe, dem Leben erhalten.

Longard (Aachen).

Stern (Cassel): Die Erfolge der orthopädischen Behandlung von Kieferdeformitäten. (Demonstration von Gipsmodellen, Photographien und Apparaten.)

Vortr. erläutert an Fällen aus der Praxis des Hofzahnarztes Dr. Henckeroth in Cassel die Erfolge der Mechanotherapie bei vorstehendem Unterkiefer, vorstehendem Oberkiefer und offenem Gebisse. Er macht besonders auf die nach Angaben Henckeroth's hergestellten Kinnkappen, die mittels elastischer Bänder mit einer Kopfhaube verbunden sind, aufmerksam, so wie auf Apparate zur orthopädischen Behandlung des vorstehenden Ober- und Unterkiefers.

Longard (Aachen).

Diskussion: Longard (Aachen) bedauert, dass die betreffenden Kranken nicht vorgestellt werden, da die en face-Photographien kein richtiges Bild von dem Resultate bieten. Bezüglich der Prothesen mit Federkraft zur Dilatation des Kiefers fürchtet er das Entstehen von Drucknekrosen. Das Verfahren sei nur zulässig vor Beendigung der Wachsthumsperiode. (Selbstbericht.)

Bartz (Eschweiler): Operation einer Spina bifida.

B. empfiehlt für den Verschluss der Spina bifida bei großer Defektbildung im Spinalkanale, wo weder eine Hetero- noch eine Autoplastik anwendbar ist, die Methode von Schmidt, bei der der uneröffnete Sack bis zur Bruchpforte abpräparirt, am unteren Ende punktirt, invertirt und in sich vernäht wird. Der sich einrollende Sack liefert einen festen Tampon. B. hat nach dieser Methode einen 9 Jahre alten Knaben mit gutem Erfolge operirt. **Longard** (Aachen).

Quadflieg (Aachen): Über Intubation.

Q. berichtet über 310 Diphtheriefälle, die in der Zeit von Oktober 1899 bis August 1900 im städtischen Mariahilfspital behandelt wurden. Hiervon wurden 43 Kranke intubirt. Bei 24 derselben war nachträglich die Tracheotomie nöthig. Von den Intubirten ohne nachträgliche Tracheotomie starben 2 = 10,6%. Von 63 tracheotomirten Kindern starben 16 = 25%. Der Tubus blieb in der Regel 2 Tage liegen, im höchsten Falle 96 Stunden. Die Ernährung der Kinder bot niemals Schwierigkeiten. Narkose wird bei der Operation vermieden. Die Intubation soll die Tracheotomie nicht verdrängen, die Anwendbarkeit der einen oder anderen Methode richte sich nach der jeweiligen Schwere des Falles.

Longard (Aachen).

Niehues (Bonn): Behandlung von gleichzeitigem Kehlkopfverschluss und Trachealdefekt.

Vortr. stellt einen Kranken vor, welcher vor $2^1/_2$ Jahren an Unterleibstyphus erkrankte; im Anschlusse an denselben trat Perichondritis laryngea ein, die zu



einer theilweisen eitrigen Einschmelzung des Kehlkopfes führte und die Tracheotomie nothwendig machte. Das Dekanülement ließ sich trotz aller Versuche nicht ausführen. Bei der nach einem Jahre erfolgten Aufnahme in die Klinik zu Bonn fand sich neben einem großen Trachealdefekt, in dem die Kanüle lag, ein völliger Verschluss des Kehlkopfes in Höhe des Ringknorpels; die Stimmbänder fehlten. Durch Laryngofissur wurde festgestellt, dass die hintere Wand des Ringknorpels in das Lumen vorgefallen war und die vordere berührte. Beseitigung des Verschlusses war nur dadurch möglich, dass der ganze Ringknorpel quer resecirt und der 1. Trachealring an den unteren Rand der Cartilago thyreoidea angenäht wurde (Operateur Geheimrath Schede). Die Operation wurde durch das von der Eiterung stammende, reichliche, den ganzen Kehlkopf einhüllende Narbengewebe sehr erschwert, doch gelang die Resektion in toto ohne Verletzung der Nn. recurrentes und des Ösophagus. — Der große, die vordere Hälfte der ersten 3 Trachealringe umfassende Defekt der Trachea wurde später nach Mangold durch Knorpeltransplantation aus der 6. Rippe gedeckt. — Das Resultat ist äußerst günstig; Luftmangel tritt selbst bei starkem Laufen nicht ein. Die Stimme ist deutlich und relativ laut; sie wird durch Aneinanderlegen der falschen Stimmbänder gebildet.

Redner empfiehlt sowohl die quere Resektion als auch die Transplantation nach Mangold sehr; letzteres Verfahren gilt als typisch, da die Bildung eines gestielten Haut-Periost-Knochenlappens aus dem Sternum wegen Abfallens des Knochens häufig im Stiche lässt. Auch das König'sche Verfahren scheint dem Mangold'schen nicht überlegen. **Longard** (Aachen).

Longard (Aachen): Thoracoplastik.

Die erste von L. vorgestellte Kranke besaß Lungengangrän, die sich im Anschlusse an einen septisch-embolischen Infarkt der rechten Lunge, ausgehend von einer Puerperalinfektion, gebildet hatte. Die Gangrän wurde jedoch erst diagnosticirt, als L. eine ausgedehnte Thoraxresektion nach Schede vorgenommen hatte. Mit Abstoßen der gangränösen Partien bildete sich eine Bronchodorsalfistel aus, die unter dem rechten Schulterblatte ausmündete und die Luft direkt vom Munde nach dem Rücken durchstreichen ließ. Nach 3monatlichem Bestehen schloss sich diese Fistel; heute ist die Kranke wieder vollständig hergestellt.

Der 2. Kranke hatte ein Empyem der linken Thoraxhälfte. Im 4. Monate nach dessen Bestande machte L. eine ausgedehnte Thoraxresektion nach Schede, bei der die 10., 9., 8., 7., 6. und einen Monat später in einer 2. Sitzung die 5., 4., 3. Rippe vollständig entfernt wurden. Wenn auch zur Zeit im unteren Winkel des Lappens noch eine kleine, wenig secernirende Fistel besteht, so hat der Kranke sich zur Zeit doch wieder so weit erholt, dass er seinem Berufe ohne Anstrengung nachgehen kann. (Selbstbericht).

E. Martin (Köln): Zur chirurgischen Behandlung der Speiseröhrenerweiterung nach spastischer Stenose der Cardia.

M. bespricht kurz das Symptomenbild, die anatomischen Befunde und die Pathogenese der sog. »idiopathischen« Speiseröhrenektasie, von der bekanntlich im letzten Jahrzehnte nachgewiesen wurde, dass sie in der Regel durch einen Spasmus des untersten Ösophagusabschnittes resp. der Cardia erzeugt wird (Leichtenstern, Rumpel). Diese bisher fast ausschließlich von Internen und pathologischen Anatomen beschriebene Affektion empfiehlt M. dem Interesse der Chirurgen und berichtet über einen hierher gehörigen Fall. Derselbe bot erhebliche diagnostische Schwierigkeiten, wurde zunächst als Divertikel aufgefasst und erst nach Freilegung der Speiseröhre am Halse als spastische Stenose erkannt. Der Fall gab Gelegenheit zu verschiedenen Behandlungsversuchen, die zwar zum großen Theile bereits vorgeschlagen, aber bisher noch nicht praktisch erprobt waren:

Nachdem eine Magenfistel angelegt war, wurde zunächst für längere Zeit die Ernährung ausschließlich von der Fistel aus vorgenommen, per os nur geringe Mengen Wasser zur Reinigung der Speiseröhre gestattet. Diese funktionelle

Ausschaltung des Ösophagus hatte keinen Einfluss auf die spastische Stenose. Die Sondirung vom Munde aus misslang nach wie vor bei fast allen Versuchen.

Bei dem für die Sondirung von oben überaus empfindlichen Pat. wurde dann die retrograde Sondirung und Ausspülung der Speiseröhre von der Magenfistel aus versucht. Beides gelang nur in durchaus ungenügendem Maße und führte zu keinem Resultate, trotz sehr vielfacher Versuche mit den verschiedensten Instrumenten.

Schließlich ging M. zur Sondirung ohne Ende über, und zwar wurde das dilatirende elastische Rohr an dem vom Munde durch Ösophagus und Magen zur Fistel hinausgeführten Faden zunächst retrograd, dann später von oben aus durchgezogen. Hierdurch wurde in kurzer Zeit eine gute Durchgängigkeit der spastischen Striktur erzielt. Die Sondirung ohne Ende wurde mit regelmäßigen Ausspülungen der Speiseröhre kombinirt.

Pat. nahm während der Behandlung, die sich über mehr als ein halbes Jahr hinzog, 20 kg an Gewicht zu und ist seitdem wieder im Stande, ohne Beschwerden seine Speisen zu sich zu nehmen. Er muss allerdings auf eine sorgfältige Zerkleinerung der Nahrungsmittel achten und führt sich die dicke, elastische Spülsonde 2—3mal wöchentlich ein, was regelmäßig gelingt.

M. empfiehlt daher, bei schweren Fällen von spastischer Stenose der Cardia mit der Anlegung der Magenfistel nicht mehr bis zur Gefahr der Inanition zu warten, sondern diese Operation bei Zeiten vorzunehmen, um dann bei gesicherter Nahrungszufuhr die spastische Stenose und die Ektasie der Speiseröhre von der Fistel aus in Angriff zu nehmen. Der mitgetheilte Fall möge als Anregung zu weiteren Versuchen in dieser Richtung dienen.

(Die ausführlichere Mittheilung erfolgt a. a. O.) (Selbstbericht.)

Diskussion: Dinkler (Aachen) betont, dass die Nomenklatur idiopathische Erweiterung des Ösophagus nicht berechtigt sei, und theilt einen analogen Fall wie den des Vortr. mit, verweist im Übrigen auf die ausführliche Publikation.

(Selbstbericht.)

(Schluss in nächster Nummer.)

---

10) **M. v. Čačković,** Das vierte Hundert Laparotomien an der Abtheilung für chirurgische und Frauenkrankheiten der barmherzigen Schwestern in Agram (Primararzt Dr. T. Wikerhauser).

(Liečnički viestnik 1900. No. 6—9. [Kroatisch.])

Der Bericht umfasst den Zeitraum von 15. Oktober 1898 bis 24. Februar 1900 und bringt von jedem Falle einen Auszug aus Anamnese, Status praesens, Operation, Verlauf und Ausgang. Von diesen 100 sind 68 chirurgische (49 Männer und 19 Weiber) und 32 gynäkologische Operationen.

Chirurgische Laparotomien: a. Gastrostomien nach Marwedel wegen Ösophagusstenose 2mal geheilt. b. Gastroenterostomien, ausschließlich antecolica, 31, und zwar 25 m. und 6 w., davon 23 (74,2%) geheilt und 8 (25,8%) gestorben. Wegen narbiger Stenosen und perigastritischer Adhäsionen wurden 24 (19 m. und 5 w.) operirt, 17 wurden geheilt (1 Pat., bei dem sich Circulus vitiosus ausbildete, erst nachträglich durch Anastomose zwischen zu- und abführendem Schenkel), und 7 starben (Peritonitis perforativa 2, Peritonitis chronica 1, Embolia art. pulm. 1, Exhaustio virium 3). Wegen Carcinom wurde 7 (6 m. und 1 w.) operirt, wovon 6 geheilt wurden und 1 starb (an Entkräftung; der distale Schenkel, welcher nach Kappeler fixirt wurde, war gedrückt). c. Enteroanastomosen 5 (3 m. und 2 w.), 4 geheilt und 1 (20%) gestorben; 3 Enteroanastomosen am Dünndarme (2 Narbenstenosen mit Naht, 1 Circulus vitiosus mit Murphyknopf), alle geheilt; 2 Ileocolostomien mit Naht, 1 geheilt, 1 gestorben (Perforationsperitonitis). d. Colostomie 1 wegen Mastdarmcarcinom, geheilt. e. Darmresektionen 8, und zwar 5 Dünndarmresektionen mit Murphyknopf (Hernien), alle geheilt; 1 Dünndarmresektion mit Naht (Hernie), gestorben an Perforationsperitonitis. 1 Resektion des

Blinddarmes wegen Appendicitis und Anlegung eines Kunstafters, gestorben an Tuberkulose. 1 Resektion des Colon descendens und Naht (Carcinom), gestorben an Perforationsperitonitis. f. Operation von Volvulus 2, gestorben, 1 an Entkräftung, 1 an (schon vor der Operation bestehender) Peritonitis. g. Laparotomien wegen Hernien, 1 Bauchhernie nach Laparotomie geheilt, 1 incarcerirte Nabelhernie geheilt, 3 Herniolaparotomien wegen komplicirter Leistenhernien (2 Massenreduktionen und 1 Volvulus), 2 geheilt, 1 gestorben an Darmlähmung. h. Cholecystostomie und Extraktion von Steinen, geheilt entlassen, nach 5 Monaten unechtes Recidiv. i. Operationen am Blinddarme: 2 Drainagen von appendicitischen Abscessen geheilt. j. Operationen am Bauchfelle: 1 auf das Bauchfell übergreifendes Fibromyom der Bauchdecken, Exstirpation, Heilung. 3 Drainagen perforativer Peritonitiden (1 Appendicitis, 1 Magencarcinom, 1 Gastroenterostomie), alle gestorben, 1 Drainage allgemeiner Peritonitis unklarer Ursache geheilt. k. Operation an der Blase: 1 intraperitoneale Blasenruptur (Naht) gestorben. l. Probatorische Laparotomien: 3 Magencarcinome von der Operation geheilt, 1 Lymphosarkom des Mesenteriums, gestorben an Kachexie, 1 Magendilatation und Gastroptose bei einem Neurastheniker geheilt. (Selbstbericht.)

11) **W. A. Oppel.** Zur Behandlung der beginnenden Perforationsperitonitis.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 4.)

Ein 23jähriger Soldat erhielt vor 5 Stunden einen Hufschlag an den Unterleib; bald darauf, nach Trinken, trat Erbrechen und Aufstoßen auf; Mm. recti holzhart (eines der frühesten Zeichen von Darmperforation und beginnender Peritonitis). Neben der Sp. ilei ant. sup. sin. eine Wunde durch Haut und Muskeln; Bauchfell unversehrt. Laparotomie (9 Stunden nach dem Unfalle) parallel dem linken Lig. Pouparti durch die Wunde; S romanum hier schon mit Bauchfell verklebt; letzteres wird 2 cm höher geöffnet. An einer Dünndarmschlinge ein Loch, das vernäht wird; der Darm wird mit trockenen Tupfern vom fibrinösen Belag gereinigt, trockene Tampons ins kleine Becken geleitet, die verletzte Schlinge mit Jodoformgaze belegt und an der Wunde gelagert. Bauchfell an der Haut befestigt. Jede $^1/_2$ Stunde ein Salzklysma ($^1/_2$ Glas). Die Peritonitissymptome hielten 4 Tage an; Eiterung in der Wunde. Nach 2 Wochen wird die Darmschlinge in der Wunde gelöst, versenkt, Bauchwunde genäht, Tampons in die Wundwinkel. Heilung.

O. spricht sich gegen Spülungen des Peritoneums aus; er lässt die Wunde offen und tamponirt. 2 Tage lang nach der Operation wird nichts per os gegeben; gegen die Schmerzen Morphin subkutan; zur Hebung der Herzthätigkeit bei kräftigen Pat. warme Salzklysmen (35—36° R., $^1/_2$—1 Glas, 2—3 Tage lang jede $^1/_2$—2 Stunden), bei schwächeren intravenöse oder subkutane Injektionen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

12) **Waitz.** Heilung einer Peritonitis nach Magengeschwürsperforation durch Laparotomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 28.)

21 Stunden nach Eintritt der ersten Symptome Laparotomie. Schnitt von der Symphyse bis zum Rippenbogen. Reinigung der mit trüber seröser Flüssigkeit gefüllten Bauchhöhle durch Ausgießen mit warmer Kochsalzlösung. Resektion der Geschwürsstelle in 2-Markstückgröße. Heilung. **Borchard** (Posen).

13) **A. Nossal.** Ein geheilter Fall von eitriger Peritonitis. (Demonstration im Wiener med. Klub.)

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 12.)

Es handelte sich um einen jungen Mann, der nach heftigen Leibschmerzen plötzlich kollabirt und einige Stunden später ins Spital gebracht war. Bewegliches

Exsudat im Bauche; Diagnose: Perforationsperitonitis nach Perityphlitis. Operation an dem moribunden Pat. als aussichtslos unterlassen. Trotzdem trat Besserung ein, es bildete sich ein abgesacktes Exsudat unterhalb der Leber, und durch Incision wurden 6 Liter Eiter entleert. Völlige Heilung.

Grisson (Hamburg).

14) **W. W. Tokarenko.** Laparotomie wegen ausgedehnter Peritonitis adhaesiva circumscripta chronica.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 4.)

Eine 35jährige Bäuerin erkrankte vor 2 Monaten nach einer Entbindung an Peritonitis, die zu Verwachsungen der Dünndarmschlingen unter einander und mit dem Uterus führte. Periodisch Schmerzen im Unterleibe, Stuhlverstopfung und Dysurie nach jeder Anstrengung. Im Unterleibe eine wenig bewegliche Geschwulst, die für den bis zum Nabel reichenden und hier fixirten Uterus gehalten wird. Nach langem Drängen von Seiten der Pat. entschloss sich T. zur Operation, die 7 Monate nach der Entbindung gemacht wurde. Die Geschwulst erwies sich als ein aus Darmschlingen bestehendes Konvolut, das mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand bis zum Nabel und unten mit dem Uterus verwachsen war. Oben ist das Bauchfell normal. Das Konvolut wurde von allen Seiten abgelöst, dann die Verwachsungen zwischen den Schlingen und dem Uterus; doch konnten hier die Verwachsungen der rechten Adnexe und des Uterus mit der rechten Beckenwand nicht beseitigt werden. — Im weiteren Verlaufe wurde die Darmthätigkeit möglichst befördert und Massage des Unterleibes gemacht. Die früheren Schmerzen schwanden fast vollständig (letzte Nachricht 7 Monate nach der Operation).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

15) **Strohmayer.** Subphrenischer Abscess nach Pankreaseiterung traumatischen Ursprunges.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Der betreffende Pat. hatte ca. 6 Monate vor dem Tode einen Stoß mit einem Balken gegen die Magen-Bauchgegend erhalten. Bei der Sektion ergab sich ein großer subphrenischer Abscess, der durch eine kleine Öffnung mit einem Abscess im Pankreaskopfe in Verbindung stand. Verf. nimmt an, dass durch das Trauma eine blutige Infiltration des Pankreas zu Stande gekommen sei, die nachher durch Einwanderung von Darmbakterien inficirt wurde. **Borchard** (Posen).

16) **Grissow.** Operative Heilung eines Stauungsascites.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Bei der Pat. handelte es sich entweder um eine Thrombose der Pfortader oder atrophische Cirrhose. Es war vorher eine Laparotomie, 7 Punktionen ohne dauernden Erfolg gemacht. Die Operation bestand in Einschnitt bis auf das Bauchfell, Ablösung desselben von der Bauchwand, Entleerung des Transsudates, Naht an der Stelle. Querschnitt durch das Peritoneum, entsprechend der Insertion des großen Netzes. Das Netz wird herausgeholt, das Bauchfell mit quer durch das Netz gezogenen Matratzennähten geschlossen, das Netz über das freiliegende Bauchfell ausgebreitet, mit einigen Nähten fixirt, die Bauchwand darüber geschlossen. Vor Schluss der Peritonealhöhle war das Peritoneum parietale mit dem scharfen Löffel abgeschabt worden zur Bildung von Dünndarmadhäsionen. Bedeutende Besserung.

Borchard (Posen).

17) **Capel.** Geheilte Bauchfelltuberkulose bei Kindern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 37.)

Von 7 operirten Kindern starben 3 nach der Operation, und zwar 2 an Entkräftung, 1 an akuter Miliartuberkulose; 3 sind seit längerer Zeit geheilt. In 2 anderen Fällen (unter 18) sah Verf. spontane Heilung. Die Indikation zur Ope-

ration bei Bauchfelltuberkulose leitet er aus einem dauernden Fieberzustande her, der trotz Anwendung zweckmäßiger Behandlung mehrere Wochen besteht, aus einer zunehmenden Anschwellung des Leibes und der Macies.

Borchard (Posen).

18) A. E. Barker. A clinical lecture on some unusual sequelae of epityphlitis.

(Brit. med. journ. 1900. Juli 7.)

B. theilt 5 Fälle von Blinddarmerkrankung mit, deren Ausgang ein etwas ungewöhnlicher war.

Einmal kam es zur Bildung eines subphrenischen Abscesses, welcher nach Incision ausheilte.

In einem 2. Falle wurde ein großer Abscess in der Iliacalgegend incidirt, trotzdem brach der Eiter in die rechte Lunge durch. In Folge von Aspiration kam es auch zu einer Betheiligung der linken Lunge. Nachdem eine beträchtliche Menge fauligen Eiters expektorirt worden war, trat Heilung ein.

Bei einer 3. Pat. fand sich ein großer Abscess in der rechten Fossa iliaca, welcher sich weithin in dem extraperitonealen Bindegewebe und in dem lateralen Theile der Bauchmuskulatur ausgedehnt hatte. Nach der Incision etablirte sich ein kompleter Anus praeternaturalis. Um denselben zum Verschluss zu bringen, legte B. zunächst eine Anastomose zwischen Ileum und Colon transversum an. Um den Kothlauf in Richtung auf das Colon zu verhindern, wurde der Dünndarm unterhalb der Anastomose in Falten gelegt und so vernäht. Trotzdem kam es nach anfänglicher Besserung doch wieder zum Austritte des Kothes aus der widernatürlichen Afteröffnung. B. entschloss sich desshalb zu einer totalen Darmausschaltung, indem das Ileum unterhalb, das Colon oberhalb der Anastomose durchtrennt und beide in sich vernäht wurden.

Der 4. Fall betraf einen 29jährigen Mann, welcher nach einem in seinem klinischen Verlaufe übrigens nicht besonders schweren Anfalle von Appendicitis die Radikaloperation verlangte. Bei derselben fand sich, dass der Processus an seiner Basis durch eine Ulceration völlig vom Coecum abgetrennt war. In dem letzteren war dem entsprechend eine Öffnung, welche vernäht wurde. Dann fand sich ein Knäuel von Dünndarmschlingen, verwachsen mit den Resten der Appendix und rings umgeben von fest adhärentem Netze. Nach Entwirrung des Knäuels wurde im Centrum des Wurmfortsatzes ein haselnussgroßes Konkrement gefunden. An der Stelle, an welcher dasselbe gelegen, war ein großes Geschwür, welches in eine Dünndarmschlinge durchgebrochen war. Die Perforation wurde ebenfalls vernäht. Die äußere Wunde wurde zum größten Theile geschlossen, nur ein schmaler Gazedrain eingeführt. Es trat völlige Heilung ein.

In einem 5. Falle, in welchem die Kranke schon verschiedene Anfälle von Appendicitis durchgemacht hatte, fand sich bei der Operation das distale Ende des Wurmfortsatzes eingebettet in einen Ring, welcher von der Wand der Flexura hepatica gebildet wurde. Der Processus war in diesem Falle außergewöhnlich lang. Derselbe wurde resecirt. **Weiss** (Düsseldorf).

19) C. Gibbs. Perforating wound of the abdomen: Gangrene of omentum. Recovery.

(Brit. med. journ. 1900. Juni 16.)

Schussverletzung im Burenkriege: Einschuss zwischen Spina ant. sup. sin. und Rippenbogen in Höhe des Nabels, Ausschuss 1 cm links von der Spina des 2. Lendenwirbels. Nach einigen Tagen wurde die Einschussöffnung erweitert; es entleerte sich eine mäßige Menge Eiter. Die Ausschussöffnung verheilte unter dem gebildeten Schorf. 14 Tage nach der Verwundung sah G. den Mann. Allgemeinbefinden desselben war gut, die Stuhlentleerung regelmäßig. Aus der vorderen Bauchwunde entleerte sich grüngelber, übelriechender, jedoch nicht kothiger Eiter. Am folgenden Tage war das Befinden des Pat. bedeutend schlechter, die

Drainage funktionirte nicht recht. Nach Erweiterung der Bauchwunde gelangte man in eine große Höhle, in welcher Netz lag. Bei leichtem Zuge entleerte sich ein 4 Zoll langes, fingerdickes, nekrotisches Netzstück nebst einer großen Menge stinkenden Eiters. Daraufhin schloss sich die Höhle sehr schnell. Das Netzstück war wohl bei der Verletzung schwer zerrissen oder abgetrennt worden. Irgend welche Symptome seitens des Darmes hatten nicht bestanden, trotzdem eine Verletzung des Colon sicherlich vorlag. **Weiss** (Düsseldorf).

20) **Pupovac.** Ein Beitrag zur sogenannten retrograden Incarceration.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 15.)

Bekanntlich hat Maydl im Jahre 1895 den Ausdruck »retrograde Incarceration« eingeführt anlässlich zweier von ihm beobachteter Fälle, von denen der eine eine Incarceration des Wurmfortsatzes, der andere eine solche der Tube betraf. Unter dem Ausdrucke versteht er die Erscheinung, dass der eingeklemmte Theil des Organs bauchwärts vom einklemmenden Ringe gelegen ist, während peripherwärts von ihm, d. h. im Bruchsacke selbst, ein verhältnismäßig normal beschaffener Theil des Eingeweides sich vorfindet. Andere Autoren berichteten bald darauf über insgesammt 5 analoge Fälle, die aber vorzugsweise retrograde Netzeinklemmungen betrafen, darunter Barącz mit Torsion des retrograd eingeklemmten Netztheiles.

P. vermehrt diese Zahl um 2 weitere Beobachtungen, in deren erster der Wurmfortsatz betroffen war. Derselbe wies deutlich 2 Einklemmungsfurchen auf; das periphere, bauchwärts vom Bruchringe gerichtete Ende zeigte schwärzlichgrüne Farbe und Substanzverluste; fast eben so schwer war der mittlere Abschnitt geschädigt, während das centrale Ende keinerlei Veränderungen aufwies. Das freie Mesenterium war mit incarcerirt.

In dem anderen Falle handelt es sich um einen eben so incarcerirten Netzstrang, bei welchem das bauchwärts von der Incarceration gelegene periphere Ende, das sich erst nach ausgiebiger Spaltung des inneren Bruchringes entwickeln ließ, in einen kindsfaustgroßen, schwärzlich verfärbten Klumpen verwandelt war.

Bei der Epikrise des 1. Falles zieht P. eine ähnliche Beobachtung von Rose heran, in welcher es sich um eine Schlingenincarceration des Proc. vermiformis handelte; hier war jedoch der im Bruchsacke gelegene Theil des Wurmfortsatzes in seinen Cirkulationsverhältnissen am meisten gestört, während sowohl centrales wie peripheres Ende normale Färbung zeigten. Dies erklärt sich daraus, dass die Einschnürung das Mesenteriolum des Wurmfortsatzes nicht mitbetraf, so dass die zu- und abführenden Gefäße des Endstückes keinerlei Kompression erfuhren. Da also das bauchwärts vom Bruchringe gelegene Ende keine Veränderungen aufwies, wäre der Fall nicht als »retrograde Incarceration« im Sinne Maydl's aufzufassen.

Dies giebt dem Verf. Veranlassung, sich über die Berechtigung des Maydlschen Ausdruckes auszusprechen, der seiner Etymologie nach zu Missverständnissen führen kann und die thatsächlich vorhandenen anatomischen Verhältnisse nicht trifft.

Der Rose'sche Fall beweist, dass die Erscheinung der Cirkulationsstörungen am peripheren Ende nur eine accidentelle Erscheinung des gesammten Bildes einer Schlingenincarceration eines strangförmigen Gebildes ist. Von der Zufälligkeit, ob z. B. Mesenteriolum des Wurmfortsatzes mit eingeklemmt ist oder nicht, eine besondere Terminologie abhängig zu machen, erscheint überflüssig.

Verf. räth daher, für die reinen Fälle der Incarceration der strangförmigen Gebilde, wie Wurmfortsatz, Tube, Netz und Diverticulum Meckelii, die bereits von Rose gebrauchte Bezeichnung »incarcerirter Schlingenbruch« des betreffenden Organes anzuwenden, die sofort verständlich ist. **Hübener** (Dresden).

21) **Hochenegg.** Ein Fall intraabdomineller Netztorsion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 13.)

Pat., der eine angeborene Hernie besaß und seit 2 Jahren an recht heftigen, durch nichts zu beeinflussenden Magenbeschwerden litt, erkrankt unter Schüttel-

frost und ileusartigen Erscheinungen, nachdem er Tags zuvor seinen Bruch, der ihm stärker als gewöhnlich vorgefallen war, nur mit Mühe unter zerrenden, drückenden, schiebenden und drehenden Manipulationen reponirt hatte. Bei der ersten Besichtigung fand H. nach Beseitigung des Bruchbandes die Hernie vollkommen leer, dessgleichen die für 2 Finger bequem passirbare Bruchpforte und den Leistenkanal. Beim Husten verspürte man oben den Anprall der gefüllten Därme. Puls ziemlich frequent und klein. Zeitweilig Erbrechen und Singultus. Bauch in ganzer Ausdehnung beträchtlich gespannt. In der rechten Unterbauchgegend eine deutlich gespannte Resistenz, deren Betastung enorm empfindlich war, und über welcher die Perkussion Dämpfung ergab. Keine Peristaltik wahrzunehmen. Dabei bestand Fieber (38,5°). Es wurde daher eine Appendicitis mit abgesacktem Exsudat angenommen, wobei allerdings an einen ehemaligen Zusammenhang zwischen Wurmfortsatz und Blinddarm mit dem Bruchsacke gedacht wurde.

Am nächsten Tage Bauch stärker aufgetrieben, die druckempfindliche Resistenz hatte an Größe noch mehr zugenommen und entsprach einer fast mannskopfgroßen Geschwulst. Die Hernie war prall gespannt, leer schallend, deutlich fluktuirend und leicht kompressibel; beim Nachlassen des Druckes füllte sie sich sofort wieder.

Operation, Schnitt entsprechend der rechten Mammillarlinie über die Geschwulst. Nach Eröffnung des Bauchfelles strömen etwa 2 Liter intensiv blutig gefärbten Transsudates ab, worauf sich in der Wunde eine blauschwarze, von maximal dilatirten Venen gebildete Geschwulst einstellte, die sofort als dem Netze angehörig erkannt wurde. Nach Erweiterung des Schnittes lässt sich die mannskopfgroße, nirgends verwachsene Netzgeschwulst vor die Wunde wälzen. Nach oben verläuft ein kaum zeigefingerdicker, 3mal von rechts nach links absteigend gewundener Strang, oberhalb dessen der Rest des Netzes vollkommen normal befunden wurde, und der die einzige Verbindung der Geschwulst darstellte. Abtragung des Netzes im Gesunden, Entfernung der Geschwulst, Schluss der Bauchwunde und Radikaloperation der Hernie.

Glatter Verlauf, Pat. wird nach 26 Tagen geheilt entlassen. Auch die Magenbeschwerden sind gänzlich verschwunden.

H. konnte in der Litteratur keinen einzigen analogen Fall auffinden. Bei den 2 als Netztorsion beschriebenen Fällen handelte es sich um eingeklemmte Netzbrüche, während hier der Bruchsack vollkommen frei war.

Die strangförmige Ausziehung des Netzes wird dadurch erklärt, dass dasselbe als Bruchinhalt seit Jahren (angeborene Hernie) vorfiel. Die erste Drehung mag dann zu Stande gekommen sein, als Pat. am Tage vor der Erkrankung den Bruch schwieriger als sonst unter den beschriebenen Manipulationen reponirte. Die anderen Drehungen erfolgten dann wie bei freien intraperitonealen Geschwülsten sonst.

Der Befund bestätigt nach H. von Neuem die Richtigkeit der alten Regel: Bei bestehender Hernie sind abdominale Störungen zunächst auf die Hernie zu beziehen und finden meist durch diese ihre Erklärung. **Hübener** (Dresden).

22) Hansy. Ein Fall von angeborener stenosirender Pylorushypertrophie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Den wenigen bekannten, zum Gegenstande operativer Behandlung gemachten Fällen von angeborener stenosirender Pylorushypertrophie fügt H. folgenden mit Ausgang in Genesung hinzu.

Der 14jährige Knabe, dessen Anamnese nur mangelhaft zu erheben war, hat seit jeher eine starke Auftreibung des Bauches gezeigt und besonders in den letzten Jahren wiederholt an Erbrechen gelitten. Es wurde nachgewiesen, dass der größte Theil der Auftreibung des Bauches durch den dilatirten Magen bewirkt war. Bei der Operation fiel auf, dass die Leber nicht ihre normale Lage, sondern eine Medianstellung inne hatte. Nach rechts reichte dieselbe bis wenig über die

rechte Mammillarlinie, während sie nach links fast die linke Axillarlinie erreichte. Nach starker Verdrängung derselben nach rechts zeigte sich, dass die ganze linke Bauchseite von dem kolossal gedehnten Magen ausgefüllt war. Derselbe reichte nach unten mit der großen Curvatur fast bis zur Symphyse, nach rechts bis über die rechte Mammillarlinie hinaus. Der Pylorus fand sich in annähernd normaler Lage, erwies sich jedoch als eine walzenförmige, quer gelagerte, im Übrigen ganz frei bewegliche Geschwulst mit glatter Oberfläche und starren Wandungen und war 7 cm lang und $2^1/_2$ cm dick. Es wurde die Gastroenterostomia retrocolica gemacht nach Durchziehung der dem Duodenum benachbarten Darmschlinge durch eine Lücke des Mesocolon transversum (Alexander Brenner); Anastomose mit Murphyknopf. Die ersten 4 Tage Erbrechen. Seitdem guter Verlauf. Völlige Heilung. Leberdämpfung wieder an normaler Stelle. Gewichtszunahme. Konfiguration des Bauches normal. **Hübener** (Dresden).

23) **E. Hevesi.** Über »Gastroplikation«.

(Pester med.-chir. Presse 1900. No. 26 u. 27.)

Auf Grund eines günstig verlaufenen Falles, über welchen aber eine längere Beobachtung noch aussteht, tritt Verf. für das von Bircher erfundene und von Brandt so benannte Verfahren bei Magenerweiterungen ein.

Als Indikation hierfür wird »atonische oder atrophische Gastrektasie« genannt, ferner solche sekundäre Erweiterungen, bei welchen die dieselben verursachende narbige oder spastische Pylorusstenose durch Pyloroplastik oder Resektion oder durch Gastroenterostomie bereits beseitigt wurde.

Die Technik bestand in der Anlegung von Quer- und Längsfalten der Serosa-Muscularis an der Vorder- und Hinterfläche des Magens. Die letzte wird durch ein Loch im kleinen Netze zu Gesicht gebracht. **Neugebauer** (M.-Ostrau).

24) **Jessen.** Ein Fall von Ulcus ventriculi traumaticum.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 8.)

Durch Anprall mit dem Fahrrade an einen Baum erhält ein 30jähriger Mann einen Stoß mit der Lenkstange gegen die Bauchgegend. Im Anschlusse an diesen Unfall entwickelt sich das klinische Bild eines Ulcus ventriculi, dessen eventuelles vorheriges Bestehen Verf. mit Sicherheit ausschließen zu können glaubt.

Motz (Hannover).

25) **L. Heidenhain.** Über Operationen wegen Ulcus ventriculi et duodeni nebst Folgezuständen.

(Deutsche Ärztezeitung 1900. No. 7 u. 8.)

In dem im Vereine pfälzischer Ärzte gehaltenen Vortrage berichtet H. über das diesbezügliche Material des städtischen Krankenhauses zu Worms. Von den daselbst in den letzten 2 Jahren beobachteten 57 Fällen kamen 12 zur Operation. Unter 8 Fällen mit Magen- oder Duodenalgeschwür wurde nur einmal bei sehr starker, zum Tode führender Blutung eine lokale Behandlung (Tamponade) ausgeführt. Im Übrigen wurde grundsätzlich niemals nach dem Geschwüre gesucht. In 5 Fällen wurde durch Gastroenterostomie, in 2 durch Pyloroplastik völlige Beseitigung der Blutungen und aller Beschwerden erzielt.

Bei einem der Geheilten konnte nach 6 Monate dauernder Heilung bei einer 2. Operation der seltene Befund der Entwicklung eines Geschwüres in der Gastroenterostomienaht festgestellt werden. Die übrigen Eingriffe betrafen narbige Pylorusstenosen. **Neugebauer** (M.-Ostrau).

26) **A. F. Kablukow.** Über chirurgische Behandlung des runden Magengeschwürs mit Ausschabung und Pyloroplastik.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. Juli. [Russisch.])

Bis jetzt bildete das floride Magengeschwür eine Kontraindikation zur Pyloroplastik. K. traf in seinem Falle (37jährige Frau, 1 Jahr 2 Monate krank) ein

rundes Geschwür im Pylorus, etwa $2^1/_2$ cm im Durchmesser, hinten oben. Ausschaben mit scharfem Löffel, Naht der horizontalen Wunde an der Vorderwand in vertikaler Richtung; Nahtlinie 6—7 cm lang. Sofort nach der Operation hörten die Schmerzen und das Erbrechen auf, und Pat. wurde vollständig geheilt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

27) E. Klein. Ein Sanduhrmagen in Folge von Salzsäureverätzung. (Gastroduodenostomie.)

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 5.)

Der Sanduhrmagen ist entweder kongenital oder erworben. Für erstere Form finden sich Analogien bei Thieren, besonders bei Nagern, worauf K. besonders hinweist. Von den Veranlassungen für den erworbenen Sanduhrmagen ist das Geschwür die häufigste, ferner Carcinom und Verätzungen; letztere sind selten. In dem von K. beschriebenen Falle wandte Schnitzler eine neue Operationsmethode an, indem er eine Anastomose zwischen dem kardialen Magentheile und dem absteigenden Schenkel des Duodenum bildete. Die Operation entspricht der Forderung, möglichst wenig gesunde Schleimhaut ihrer normalen Funktion zu entziehen; wichtig erscheint auch, dass bei dieser Operation die Nahrung an der Mündung der Ductus choledochus und pancreaticus vorbeigeführt wird. Es erfolgte glatte Heilung. Da der Name Gastroduodenostomie bereits von Kocher für seine Methode der Naht nach Magenresektion in Anspruch genommen ist, wird für diese Methode die Bezeichnung »laterale« Gastroduodenostomie vorgeschlagen. Es folgt noch Beschreibung und Zeichnung von 4 Präparaten von Sanduhrmägen aus dem Wiener pathologisch-anatomischen Museum. **Grisson** (Hamburg).

28) R. Reiske. Vier Fälle von Gastroenteroplastik resp. Enteroplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Bei Gastroenterostomie mit nachträglichem Wiederauftreten von Stenoseerscheinungen haben v. Mikulicz in einem, Czerny in 3 Fällen dadurch eine Beseitigung der Stenose angestrebt, dass sie nach Art der Pyloroplastik eine Incision auf die Anastomose ausführten und senkrecht zur Schnittrichtung vernähten (Gastroenteroplastik).

Diese 4 Fälle, die von Verf. ausführlich mitgetheilt werden, betrafen sämmtlich gutartige Verengerungen des Pylorus nach chronischem Geschwür. Die wiederkehrenden Stenoseerscheinungen waren einmal durch Spornbildung, einmal durch ausgedehnte Netzverwachsungen, einmal durch narbige Kontraktur des Mesocolonschlitzes verursacht. Im Falle v. Mikulicz's war neben der Plastik noch eine Enteroanastomose angelegt worden; in 2 der Czerny'schen Fälle handelte es sich um reine Gastroenteroplastiken; im 3. wurde zunächst nach demselben Principe eine Erweiterung des Darmes (Enteroplastik) vorgenommen, doch musste man später trotzdem noch eine Gastroenteroplastik folgen lassen. Das Resultat der Gastroenteroplastik war in einem Falle kein dauernd gutes; in einem 2. mussten nachträglich noch Verwachsungen gelöst werden, während die Anastomosenstelle weit geblieben war; in den 2 übrigen Fällen konnte der Erfolg geradezu ein glänzender genannt werden. — Anschließend berichtet Verf. noch über eine Enteroplastik, welche Czerny bei Darmstenose nach Brucheinklemmung ebenfalls mit gutem Erfolge ausgeführt hatte. **Honsell** (Tübingen).

29) W. Zweig. Ein Fall von Fistula gastro-colica. (Aus der Poliklinik J. Boas.)

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 16.)

Bei einer 38jährigen Frau, welche als 18jähriges Mädchen ein Magengeschwür gehabt hatte, bestand seit 11 Monaten Kotherbrechen und unstillbare Diarrhöe. Sie war aufs Äußerste abgemagert. Koth und Erbrochenes unterschieden sich in

ihrer Beschaffenheit nur sehr wenig. Da chronischer Ileus mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurde obige Diagnose gestellt.

Bei der Operation (E. Hahn) fand sich die Flexura coli lienalis breit mit der Hinterwand des Magens in der Nähe der Cardia verwachsen, und zwischen beiden eine für den Finger durchgängige Kommunikation. Eine Lösung war nicht möglich; desshalb wurden die beiden Schenkel des Colon durch Tabaksbeutelnähte abgeschnürt und zwischen dem Colon transversum und der Flexura sigmoidea eine seitliche Anastomose hergestellt. Glatte Heilung und vollständige Wiederherstellung der Magenfunktion. **Grisson** (Hamburg).

30) **v. Hacker.** Gesammtresultate der an der Innsbrucker Klinik seit seiner Leitung ausgeführten Magenoperationen. (Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Abgesehen von den Gastrostomien waren es 24 Fälle mit 7 Todesfällen = 25%, darunter 3 typische Resektionen (2 bei Carcinom, 1 bei Fibromyom), alle geheilt.

Dreimal wurde wegen Carcinom die Resektion mit der Gastroenterostomie kombinirt, darunter 1 Todesfall = $33^1/_3$%. Gastroenterostomien (9 wegen Carcinom, davon 3 gestorben = $33^1/_3$%, 8 wegen Geschwürsnarben, davon 2 gestorben = 25%) im Ganzen 17 mit 5 Todesfällen = 29,41%.

Ferner ist noch eine Gastrotomie und eine Gastroanastomose bei Sanduhrmagen mit operativem Erfolge zu nennen. **Hübener** (Dresden).

31) **Letulle.** Malformations duodénales, diverticules péri-Vatériens.

(Presse méd. 1899. No. 3.)

Verf. hat diese seltene Bildung 2mal zu beobachten Gelegenheit gehabt. In der Nähe der Vater'schen Ampulle befand sich in dem einen Falle ein fast kreisrundes Loch mit Ausbuchtung der Darmwand, in dem anderen Falle 4 solche Vertiefungen, die 16 mm tief waren. Alle Schichten der Darmwand sind an der Bildung betheiligt; sie sind also den Meckel'schen Divertikeln zu vergleichen. Irgend eine praktische Bedeutung haben sie wohl nicht.

Tschmarke (Magdeburg).

32) **R. R. Wreden.** Ein Fall von innerer Einklemmung des Dünndarmes, die Appendicitis simulirte.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 4.)

Ein 22jähriger Student erkrankt nach 5 Tagen Stuhlverhaltung und leichten Leibschmerzen plötzlich unter den Symptomen von Peritonitis. Temperatur 38°, Puls 45; Meteorismus gering, Schmerzen bei Druck auf die Bauchwand, besonders im rechten Hypogastrium. Laparotomie, Schnitt für Appendicitis. Wurmfortsatz in linker lateraler Lage mit langem Mesenterium, über welches eine Dünndarmschlinge geknickt und so eingeklemmt war. Wurmfortsatz wird entfernt; sein Mesenterium besteht aus 2 Peritonealfalten, die einem Lig. ileo-appendiculare und einem Lig. appendiculo-ovariale entsprechen, und wird nach Anlegung zweier Ligaturen entfernt. Wurmfortsatz völlig normal. Darm gesund, Wunde wird vernäht; glatte Heilung. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

33) **Langemak.** Zur Kasuistik der Darmlipome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von submukösem Darmlipom aus der Garrè'schen Klinik. Im 1. Falle saß das Lipom als umschriebene Geschwulst unter der Schleimhaut des Dickdarmes, nahe der Bauhin'schen Klappe und hatte zu einer Invaginatio ileo-colica geführt, welche durch Darmresektion beseitigt wurde. Im 2. Falle fand sich zufällig bei einem Pat., bei welchem wegen Carcinoma ventriculi eine Jejunalfistel angelegt wurde, ein haselnussgroßes Lipom unter der Schleimhaut der zuführenden Dünndarmschlinge. Exstirpation. **Honsell** (Tübingen).



34) **H. Morestin.** Occlusion intestinale par calcul biliaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 2.)

Frau von 82 Jahren, welche mit Darmverschluss seit 5 Tagen zur Operation gelangte. Da bisher Nichts auf Gallenleiden hingewiesen hatte, war die Diagnose nicht gestellt worden. Bei der Operation — seitliche Laparotomie Behufs Anlegung des Kunstafters — wurde der Stein gefunden und ausgeschnitten. Die Kranke starb wenige Stunden darauf. Nach M. gehört die Gallensteineinklemmung meist dem vorgerückten Alter an. Im vorliegenden Falle bestand eine Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. **Christel** (Metz).

35) **B. N. Cholzow.** Über traumatische Rupturen der Gallenwege.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 2 u. 3.)

Nach Schilderung des Krankenbildes bringt C. 5 Fälle aus der ausländischen Litteratur (Ninni, Hermes, Roux, Valter Spencer, Thelwall Thomas) und 2 russische: von K. A. Walter und einen eigenen. Fall von Walter: einem 31 Jahre alten Heizer wird im Rausche ein Fußtritt in die Lebergegend beigebracht. Am nächsten Morgen Peritonitiserscheinungen, Schmerzen besonders oben, leichter Ikterus. Im Erbrochenen und im Harn kein Blut. Laparotomie erst unter dem Nabel in der Mittellinie; hier Alles normal, nur Tupfer gelb gefärbt; daher 2. Schnitt unter dem rechten Rippenbogen; Leber und Blase intakt, Verwachsungen und Imbibition mit Galle. Wegen Collaps wurde die Operation unterbrochen und die Wunde tamponirt. Tod nach 2 Tagen. Sektion: 1—1½ cm langer Riss an der Hinterwand des Ductus choledochus, 3 cm von der Valv. Vateri entfernt. — Fall von C.: ein 21jähriger Arbeiter gerieth zwischen 2 Eisenbahnplattformen und erhielt einen Stoß mit einer Klammer in die Lebergegend. Erbrechen, das nach 2 Tagen stand, Schmerzen im Leibe, besonders in der Lebergegend; leichter Ikterus der Skleren; nach 11 Tagen Ascites. Am 13. Tage werden 5400 ccm einer theerartigen Flüssigkeit entleert; dieselbe enthält Galle; neue Ansammlungen erforderten neue Punktionen nach 7 Tagen (6 Liter) und nach 27 Tagen (noch 6 Liter). 4 Tage später Laparotomie rechts oben. Netz und Colon transversum gallig imbibirt und mit der Leber verwachsen. Nach Lösung dieser Verwachsungen, so wie von Verklebungen der Dünndarmschlingen zeigt sich die Leber nach oben verdrängt; am Boden der Gallenblase ein centimetergroßes Loch, Blasenwand brüchig, morsch. Excision der Blase, Ligatur des Ductus cysticus, Tampon zum Stumpfe, 2 andere nach unten und links. Verlauf gut. Nach 3 Wochen Wunde verheilt, nach 4 Wochen verließ Pat. das Krankenhaus.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **G. Hunner.** A case of acute suppurative cholecystitis with isolation of the bacillus typhosus eighteen years after an attack of typhoid fever.

(John Hopkins Hospital Bulletin 1899. August—September.)

Die 54jährige Frau hatte vor 18 Jahren während einer Typhusepidemie an einer fieberhaften Erkrankung gelitten. Seit 3½ Jahren mehrfache Schmerzanfälle und Anschwellung des Leibes. Operative Entfernung einer linksseitigen Ovarialcyste. Am 14. Tage traten Erbrechen, Fieber und Schmerzen im Leibe auf. Unterhalb des rechten Rippenbogens zeigte sich eine Geschwulst. Dieselbe erwies sich als die eitergefüllte Gallenblase. Eine Woche nach der Eröffnung entleerte sich ein erbsengroßer Stein. Im Eiter der Gallenblase fand sich ein Bacillus, der sich in der Kultur als Typhusbacillus erwies, obgleich er morphologische Abweichungen aufwies. **Strauch** (Braunschweig).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. **Sonnabend, den 20. Oktober.** **1900.**

1) **C. Toldt.** Anatomischer Atlas für Studirende und Ärzte. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. Dalla Rosa. 6. Lief.: F. Die Gefäßlehre, a. Herz und Arterien. 7. Lief.: F. Die Gefäßlehre, b. Venen und Lymphgefäße, nebst Register. 8. Lief.: G. Nerven und Sinnesorgane, a. Nerven. 9. Lief.: G. Nerven und Sinnesorgane, b. Hirnnerven, sympathisches Nervensystem. H. Die Lehre von den Sinneswerkzeugen.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1898—1900. 408 S. Mit 558 Abbildungen.

Seit der T.'sche Atlas an dieser Stelle zum letzten Male besprochen wurde (1897 p. 1097), ist das Werk vollständig geworden. Die 6. und 7. Lief. haben in 181 Figuren die Gefäßlehre, bearbeitet von Prof. A. Dalla Rosa, die 8. und 9. Lief. in 378 Bildern die Lehre vom Nervensysteme und den Sinnesorganen gebracht. Damit liegt jetzt ein anatomischer Atlas vor, der an Reichhaltigkeit des Inhaltes, an sachlicher Genauigkeit im Einzelnen, an Gediegenheit und Schönheit der künstlerischen Ausführung seines Gleichen sucht, und der mit diesen innerlichen Vorzügen noch wichtige äußerliche verbindet: das bequeme handliche Format, die Zerlegung in einzelne

abgeschlossene und mit besonderen, deutschen und lateinischen, Inhaltsverzeichnissen versehene Abtheilungen. — Der letzten Lief. hat T. auch ein als »Vorwort« bestimmtes Nachwort beigegeben. Wir erfahren aus demselben u. A., dass T. vor nahezu 7 Jahren mit den langwierigen und mühevollen Arbeiten zu dem Atlas begonnen hat, und dass außer Dalla Rosa, der die Bänder- und Gefäßlehre durchaus selbständig bearbeitete, noch eine ganze Anzahl Assistenten und Demonstratoren der Wiener Anatomie bei der Herstellung der Präparate mitgeholfen hat. Dass viele Kräfte emsig thätig sein mussten, um das Werk zu schaffen, wird Jeder gern glauben, der es gesehen hat; Jeder wird aber auch gern anerkennen, dass so viele Arbeit, Mühe und Kunst — und hier sei denn auch der Zeichner und Xylographen noch einmal besonders anerkennend gedacht — etwas ganz Außerordentliches geschaffen haben, ein prachtvolles Werk von bleibender Bedeutung. **E. Gaupp** (Freiburg i/B.).

---

2) Handbuch der Anatomie des Menschen. Herausg. von Prof. Dr. K. v. Bardeleben. 4. Bd., 1.—3. Abth.: Centralnervensystem, 1. Theil (Makroskopische und mikroskopische Anatomie des Rückenmarks. Makroskopische und mikroskopische Anatomie des Gehirns, I. Abschnitt.) Von Prof. Dr. Th. Ziehen.

Jena, **G. Fischer,** 1899. 402 S. Mit 94 theilweise farbigen Abbildungen im Texte.

Die Darstellung der Anatomie des Rückenmarkes, die Z. für das seit einigen Jahren erscheinende v. Bardeleben'sche Handbuch der Anatomie geliefert hat, behandelt die makro- und mikroskopischen Verhältnisse des genannten Organes mit größter Genauigkeit, zumeist auf Grund eigener ausgedehnter Untersuchungen, aber zugleich unter erschöpfender Berücksichtigung der gewaltigen Litteratur.

Der Abschnitt über makroskopische Anatomie des Rückenmarks bespricht: 1) die allgemeine Lage, Abgrenzung und Form, 2) die Größenverhältnisse, 3) das Gewicht, 4) Oberfläche, Wurzeln, Stränge, 5) Segmentirung, Spinalnerven, 6) die Spinalganglien, 7) Aufbau aus grauer und weißer Substanz, 8) Centralkanal, 9) Heterotopien der grauen Substanz; Verdoppelung des Centralkanales, 10) das makroskopische Stützgerüst des Rückenmarkes, 11) die Häute des Rückenmarkes, 12) die Blutgefäße des Rückenmarkes. — Der viel umfangreichere Abschnitt über die mikroskopische Anatomie des Rückenmarkes vereinigt die Beschreibung der zelligen Elemente, so wie der Nervenfasern in einem, und die Besprechung des Zusammenhanges der Elemente und des Faserverlaufes in einem zweiten Theile. Eine ausführliche Darstellung erfahren die Methoden, durch die der feinere Bau des Rückenmarkes ermittelt wurde, und zwar nicht nur die mikroskopischen (Zerzupfung, Maceration, Fixirung, Einbettung, Färbung, letztere selbstverständlich unter genauer Darstellung der Metall-

imprägnationen, der Methylenblaufärbung, Markscheidenfärbung etc.), sondern auch, für den Abschnitt »Leitungsbahnen«, die vielfachen, auf anderen, speciellen Principien beruhenden Forschungsweisen (Markscheidenentwicklung, sekundäre Degeneration, Entwicklungshemmung, elektro-physiologische Untersuchung). Im Übrigen sind besondere Abschnitte des ersten Theiles gewidmet für Wurzeln, Stränge, graue Substanz, Kommissuren, Centralkanal, Oberfläche des Rückenmarkes, Gliahülle und Gliasepten, Blutgefäße, Conus medullaris und Filum terminale. Der zweite Theil handelt dann von den Leitungsbahnen. Auch von der makroskopischen Anatomie des Gehirns enthält der Band schon einen größeren Abschnitt (außer den allgemeinen Verhältnissen noch die specielle Anatomie der Medulla oblongata umfassend).

Wohl noch nie ist die gewaltige systematische, topographische, vergleichend-anatomische, histologische, physiologische und pathologische Litteratur über das Rückenmark so erschöpfend zusammengestellt und mit den Ergebnissen einer eigenen reichen und vielseitigen, theoretischen wie praktischen, Erfahrung verarbeitet worden, wie hier. Z. wird in der That den Bedürfnissen der Theoretiker eben so gerecht wie denen der Praktiker; er behandelt feinste histologische Fragen mit derselben eingehenden Genauigkeit und Kritik wie etwa topographische oder klinisch-pathologische. Dabei ist die Darstellungsweise kurz und außerordentlich klar; wie Verf. den ungeheuren Stoff beherrscht und gruppirt hat, ist bewunderungswürdig. Es kann kurz gesagt werden, dass Allen, für die die Anatomie des Rückenmarkes specielles Interesse von irgend einem Gesichtspunkte aus besitzt, das Z.'sche Werk von unschätzbarem Werthe sein wird. **E. Gaupp** (Freiburg i/B.).

---

3) **Ribbert.** Zur Fettembolie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Das Fett kommt, nachdem es den venösen Kreislauf verlassen hat, zunächst in die Lungen. Ist es zu dickflüssig oder reicht die Herzkraft nicht aus, so bleibt es in den Gefäßen größeren Kalibers stehen. Dies kann bis zur allmählichen Resorption des Fettes der Fall sein. Man vermisst dann jede Spur von Fett im Gebiete des arteriellen Kreislaufs, dem Gehirne, den Nieren. Zuweilen passiren kleinere Mengen den Kapillarkreislauf der Lungen und gelangen in die obigen Organe. Gehirnerscheinungen treten nicht auf. In der zweiten Gruppe geht das Fett durch die Lungenkapillaren, und es kommt dann zu sekundären Veränderungen im Gehirn, dem Myokard, den Nieren. Die Erscheinung in diesen tritt aber erst nach einiger Zeit auf. An die Fettembolie schließen sich die Hämorrhagien erst allmählich an. Man wird desshalb in den ersten Tagen die punktförmigen Extravasate meist vermissen. Es sind für das Zustandekommen der Hämorrhagie im Gehirn meist 3 Tage erforderlich. Das Fett kommt aus dem Knochenmarke. Verf. schließt aus seinen Erfahrungen, dass jedes mit Knochenerschütterung verbundene Trauma

Fettembolie zur Folge hat und dass dieselbe von der vorhandenen Fraktur fast ganz unabhängig ist. **Borchard** (Posen).

---

4) **W. Stokes.** Remarks on Mauser bullet wounds and amputation.

(Brit. med. journ. 1900. Juni 16.)

S. glaubt, dass die günstigen Urtheile, welche Treves u. A. über die Verletzungen mittels des Mausergeschosses gefällt haben, keinen Anspruch auf absolute Gültigkeit haben. Namentlich in der letzten Zeit des Feldzuges hat S. eine Reihe der schwersten Verletzungen gesehen mit ausgedehnten Knochenzertrümmerungen, welche manchmal so weit gingen, dass der Knochen geradezu pulverisirt war. Als Gründe für diese Erscheinung führt S. an, dass die Geschosse häufiger durch Verstümmelung der Spitze in Expansivgeschosse verwandelt wurden, und dann, dass in den letzten Gefechten die Schussweite durchweg eine kleinere war als wie zu Beginn des Krieges. Schließlich kamen zahlreichere Infektionen vor, da die Leute durch andauernde Strapazen, Kälte, Hunger erschöpft und für Infektionen empfänglicher waren. S. führt eine Reihe von Knochenverletzungen auf, bei welchen die Absetzung des Gliedes unbedingt erforderlich war.

Weiss (Düsseldorf).

---

5) **Handke.** Über metatraumatische alimentäre Glykosurie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 31.)

Unter 25 Fällen von Traumen, sei es ein direktes Schädeltrauma oder eine allgemeine Körpererschütterung, konnte in 15 — also 60% — alimentäre Glykosurie e saccharo nachgewiesen werden. Alter und Geschlecht sind ohne Belang. Durchschnittlich trat nach Ablauf einer Woche das Phänomen nicht mehr auf. In keinem Falle hat sich an das Trauma ein dauerndes spontanes Zuckerharnen angeschlossen. **Borchard** (Posen).

---

6) **F. Grossmann.** Über Gangrän bei Diabetes mellitus.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1900.

Die monograpisch gehaltene Abhandlung G.'s bespricht die Frage der diabetischen Gangrän in sehr ansprechender und übersichtlicher Weise und enthält nebst eigenen Untersuchungen alles bisher Bekannte mit großem Fleiße und kritischem Blicke gesichtet.

Den Theorien der diabetischen Gangrän sind die ersten Kapitel gewidmet. Nebst eigenen experimentellen Untersuchungen berichtet G. über die beim Thierexperimente und am Krankenbette gewonnenen Erfahrungen.

Der geringe Zuckergehalt in den Geweben ist als ein für die Ansiedlung und den Lebensprocess der Mikroorganismen günstiger Umstand anzusehen; die Stoffwechselprodukte des Diabetikers schädi-

gen, im Blute kreisend, das Gewebe und erleichtern Infektionsvorgänge. Sie werden für die Nekrotisirungsprocesse in inneren Organen, die frühzeitigen Gefäßwandveränderungen und deren Folgezustände verantwortlich gemacht.

Der klinische Theil beschäftigt sich, durch zahlreiche, sehr interessante Krankengeschichten gewürzt, zuerst mit den einzelnen Affektionen der Haut und des subkutanen Zellgewebes und bespricht die Furunkel, Karbunkel, Geschwüre und nekrotischen Processe der Haut.

Ein weiterer Abschnitt ist dem Mal perforant beim Zuckerkranken, ein größerer der diabetischen Gangrän an den Extremitäten gewidmet. — Auch hier sind die Krankenjournale wieder besonders werthvoll; der Praktiker findet zahlreiche Angaben über die Gelegenheitsursachen, die den Ausbruch der Gangrän herbeiführen.

Außer der Lungengangrän finden wir die Nekrosen innerer Organe geschildert und Mittheilungen über Nekrosen im Gehirn, dem Pankreas, den Nieren, im Auge, am Skelettsysteme.

Außer den gewöhnlichen Eitererregern spielen noch andere zahlreiche Mikroorganismen eine mehr oder minder wichtige Rolle; der Einfluss des Alkohols, schwächender Allgemeinerkrankungen, Störungen von Seite des Nervensystems auf die Infektion wird kritisch besprochen.

Die diabetischen Nervenerkrankungen und vor Allem die Wechselbeziehungen zwischen Zuckerkrankheit und Arteriosklerose finden sich eingehend dargestellt.

Es giebt 2 Hauptformen diabetischer Gangrän: a. die durch Angiosklerose und Thrombose bedingte, b. die durch schwere Infektionsprocesse im Gewebe selbst erzeugte.

Sehr anziehend sind die therapeutischen Fragen behandelt. Operation unter Lokalanästhesie und mit manueller Gefäßkompression ist zu empfehlen; Untersuchung der großen Gefäße auf Verschluss ist behufs Bestimmung des Ortes der Wahl bei der Absetzung der Gliedmaßen unbedingt nöthig. In zweifelhaften Fällen sichert die Amputation des Oberschenkels vor unangenehmen Überraschungen. Im Übrigen steht Verf. auf dem Standpunkte König's. An den gangränösen Theilen soll möglichst wenig operirt, die Abstoßung des Brandigen abgewartet werden (Heidenhain). Die Asepsis hat die Ausgänge der verschiedenen Operationen erheblich verbessert.

Ein ausführliches Litteraturverzeichnis erhöht noch bedeutend den Werth der Arbeit. **Payr** (Graz).

---

7) **Johanna Gunning.** Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Äthernarkose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche in der Krönlein-schen Klinik mit der Äthernarkose gemacht wurden. Was die Ausführung derselben anlangt, so wurde je 10—20 ccm Äther in Ab-

ständen von einigen Minuten aufgeschüttet, bis Anästhesie erreicht war; von da ab wurde das Zugießen aufs Äußerste eingeschränkt. Der durchschnittliche Ätherverbrauch belief sich bei Laparotomirten auf 2,4 ccm pro Minute, war überhaupt ein recht geringer. Volle Narkose wurde meist in etwa 4 Minuten erreicht. Gleichzeitige Morphiuminjektionen schränkten die zu verbrauchende Äthermenge ein und setzten die Intensität des Excitationsstadiums herab. Als Kontraindikationen der Äthernarkose wurden nur frühes Kindesalter (bis 6 Jahre) und Bronchitis so wie Emphysem betrachtet. Die Resultate der Narkosen waren sehr günstige. Die weitaus überwiegende Zahl derselben verlief durchaus ruhig; Todesfälle in der Narkose sind überhaupt nicht vorgekommen, dagegen wurden vorübergehende Respirationsstörungen nicht selten, ab und zu auch Alterationen des Pulses, vermehrtes Excitationsstadium, Verzögerung des Erwachens beobachtet. Unter 6 nach der Narkose eingetretenen Todesfällen ist einer als Morphiumtod anzusehen, 4mal handelte es sich um Pneumonien, für welche der Äther nicht verantwortlich zu machen war, ein Pneumonietodesfall ist bis zu einem gewissen Theile der direkten Ätherwirkung zuzuschreiben.

Wie des Weiteren ausgeführt wird, fallen bei zweckmäßiger Anwendung des Äthers die meisten Bedenken, die man gegen denselben erhoben hat, in sich zusammen. Als Nachtheil des Äthers bleibt allerdings die Gefahr einer Pneumonie bestehen, wenn sie auch nicht so erheblich ist, wie Manche annehmen. Als Hauptvortheil des Äthers ist dagegen hervorzuheben, dass nach der Erfahrung der meisten Chirurgen Todesfälle durch Herzcollaps und Todesfälle überhaupt bei der Äthernarkose seltener sind als bei der Chloroformnarkose.

Honsell (Tübingen).

---

8) Prescott le Breton. Anesthesia by nitrous oxide gas and ether.

(Buffalo med. journ. 1900. September.)

Die Kombination von Stickstoffoxydulgas- und Äthernarkose wird in Amerika seit den letzten 2 Jahren allgemeiner angewandt. Zur Einleitung der Äthernarkose dient Lachgas, da es nicht excitirend wirkt, kein Erstickungsgefühl macht und sehr schnell wirkt, besser als Chloral, Morphium etc. Volle Narkose tritt bei dieser Methode schon nach 4 Minuten, oft nach 2—3 Minuten ein. Die für die Methode nothwendigen Inhalationsapparate, welche eine Mischung des Lachgases und Äthers in beliebig dosirbaren Mengen erlauben, werden beschrieben. Vorzüge der Methode sind: 1) Annehmlichkeit für den Pat., 2) verminderte Salivation, da das Lachgas die Speicheldrüsen nicht reizt, 3) geringerer Ätherverbrauch, 4) größere Billigkeit und Zeitersparnis, 5) geringere Gefährlichkeit, besonders bei Alkoholikern. Bisher ein Todesfall berichtet.

Mohr (Bielefeld).

---

9) **P. Lengemann.** Über die schädlichen Nachwirkungen des Chloroforms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Um zu erforschen, ob die schädlichen Nachwirkungen des Chloroforms auf innere Organe durch gleichmäßige Dosirung desselben vermieden werden könnten, hat Verf. bei Thieren eine Reihe von Narkosen unter Benutzung des Kionka'schen Apparates angestellt und nachträglich die Organe der Thiere untersucht. Er fand aber keinen Anhaltspunkt für eine bejahende Antwort auf seine Frage. Auch scheint es ihm nicht wahrscheinlich, dass die Gefahr plötzlicher Störungen in der Narkose bei Verwendung regulierender Apparate geringer sei als bei einer vorsichtigen und exakt kontrollirten Tropfnarkose, da die minimale Dose zur Erreichung einer vollständigen Narkose bei verschiedenen Personen nicht die gleiche ist.

Honsell (Tübingen).

---

10) **M. David.** Grundriss der orthopädischen Chirurgie.

(Berlin, **S. Karger,** 1900. 212 S. mit 129 Abb.

D. kam der Aufforderung des Verlegers, einen Grundriss der orthopädischen Chirurgie zu schreiben, gern nach, da er überzeugt war, damit einem thatsächlichen Bedürfnisse zu entsprechen. Wenn auch zugestanden werden muss, dass das Hoffa'sche Lehrbuch etwas umfangreich ist, so können wir uns doch nicht damit einverstanden erklären, dasselbe, wie D. meint, nur für die Specialisten zu reserviren; für die Ausbildung von Specialisten dürfte es wohl trotz seiner Fülle des Stoffes nicht ausreichen.

Die Orthopädie ist ferner in den gangbaren Lehrbüchern der Chirurgie jetzt ausführlich und gebührend berücksichtigt. Trotzdem ist ein kurzer Abriss für den Praktiker auf jeden Fall erwünscht und dürfte vor Allem dazu beitragen, die Orthopädie demselben mehr zugänglich zu machen.

Im Allgemeinen ist die Darstellung des Gebietes eine gelungene zu nennen, auch sind die Abbildungen im Ganzen anschaulich und deutlich. Dagegen scheint uns die genaue Beschreibung der operativen Verkleinerung großer Ohren und krummer Nasen nicht ganz in den Rahmen eines Grundrisses der »funktionellen Orthopädie« zu passen. Eben so dürfte die alleinige Beschreibung der Behandlung des Genu valgum Erwachsener mit den Wolff'schen Etappenverbänden nicht ganz die Zustimmung sonstiger Chirurgen und Orthopäden finden. Es würde sich fernerhin empfehlen, bei einer zweiten Auflage einige Abbildungen zu ändern, so die Figuren, welche die Hessing'schen Schienenhülsenapparate und Korsetts in der ältesten, längst verlassenen Konstruktion darstellen, ferner die Figg. No. 37 und 38, welche eine rachitische Totalskoliose, aber keine primäre linkskonvexe Dorsalskoliose vorstellen. Vor Allen wären die Extensionsverbände genauer wiederzugeben, da diese gerade für den

Praktiker wichtig sind; besonders ist Fig. 8 zu ändern, da bei der Art der Anbringung der Rolle eher der Kopf stark auf die Brust gebeugt als die Wirbelsäule extendirt wird. **Drehmann** (Breslau).

---

11) **G. Lotheissen.** Zur Behandlung der Pseudarthrosen durch Osteoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Für Fälle von Pseudarthrose, bei welchen eine so bedeutende Knochenlücke besteht, dass eine direkte Vereinigung der Fragmentenden unthunlich oder unmöglich wäre, empfiehlt L. entschieden die Autoplastik mit gestielten Haut-Periost-Knochenlappen. Am besten soll schon von vorn herein mit einem Hautlappenschnitt begonnen werden, dessen Stiel schräg nach oben liegt; von diesem aus werden die beiden Bruchenden angefrischt und die Größe des Defektes abgemessen. Hierauf wird der Haut-Periost-Knochenlappen ausgeschnitten, und zwar so, dass ein Stiel nach unten und gegen die andere Seite hin gerichtet ist. Dabei ist es zweckmäßig, den Knochenlappen direkt von der Anfrischungsstelle zu nehmen und die ganze Dicke der Knochenwand bis zum Marke zu benutzen. Die Lappen werden alsdann nach dem Principe der Müller-König'schen Schädelplastik vertauscht und fixirt. Anschließend berichtet Verf. über zwei selbst operirte Fälle.

Der erste betraf einen 43jährigen Mann mit Pseudarthrose nach Unterschenkelbruch. Autoplastik, weil bei direkter Vereinigung eine starke Verkürzung zurückgeblieben wäre. Nach $1/4$ Jahr in Folge verzögerter Callusbildung noch leichte Beweglichkeit, welche Schutzverband benöthigt. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen 17jährigen Burschen mit Spontanfraktur des Oberschenkels nach Osteomyelitis. Direkte Knochennaht führte nicht zum Ziele; daher zweite Operation, Autoplastik, theilweiser Ausgleich der hochgradigen Verkürzung durch einen 8 cm langen Haut-Periost-Knochenlappen. Heilung mit fester, knöcherner Konsolidation. **Honsell** (Tübingen).

---

12) **Föderl.** Über plastische Operation des Caput obstipum.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 18.)

Auf der Gussenbauer'schen Klinik ist seit 3 Jahren folgendes Operationsverfahren in Gebrauch und an 12 Fällen bereits angewendet:

Von einem zwischen beiden Köpfen des M. sterno-cleido-mastoideus gelegenen 3 cm langen Schnitte aus werden die einzelnen Antheile des Muskels durch Verschiebung der Wundränder zugänglich gemacht, die claviculare Portion wird von ihrem Ansatze und ihrer Unterlage bis zum gemeinsamen Kopfe freipräparirt und in dieser Höhe die sternale Portion quer durchtrennt, so dass bei der folgenden Stellungskorrektur die gelösten Muskelköpfe verschoben und ihre Querschnitte durch Katgutnähte vereinigt werden können.

Dadurch wird eine Verlängerung des Sterno-cleido-mastoideus um die Länge der clavicularen Portion erzielt. Sich spannende Stränge des Platysma, des Cucullaris und der Fascie werden eingekerbt bezw. fortgeschnitten.

Es ist zweckmäßig, den Kopf in einer nur leicht redressirten Stellung zu fixiren und die Überkorrektur erst in den nächsten Tagen durch elastischen Zug vorzunehmen. Der erste Verbandwechsel wird Ende der zweiten Woche vorgenommen, und mit dem Spitalsaustritt, der gewöhnlich 14 Tage post operationem erfolgt, ist die Nachbehandlung abgeschlossen. Die Erfolge sind zufriedenstellende.

Hübener (Dresden).

---

13) **Lorenz.** Über die Heilung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung durch unblutige Einrenkung und funktionelle Belastung.

Wien, **Franz Deuticke,** 1900. 398 S. mit 84 Abbildungen.

L. bringt jetzt an der Hand von über 400 Fällen die Erfahrungen, welche er mit seiner Methode der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung gemacht hat. Er führt aus, dass es von jeher sein Bestreben war, die blutige operative Orthopädie, so weit sie das Skelett betrifft, nach Möglichkeit einzuschränken; er bildet im Gegensatze zu dem Redressement forcé das sog. modellirende Redressement aus, welches ihm beim Klumpfuß, Hüft- und Kniekontrakturen gute Erfolge gab. Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung stellt ebenfalls ein modellirendes Redressement dar, von welchem L. hofft, dass es berufen ist, den ersten Platz in der Therapie des genannten Leidens einzunehmen.

Nach kurzer Besprechung der Geschichte der unblutigen Therapie weist er zunächst auf die Wichtigkeit der humanitären Bedeutung der Hüftverrenkung hin. Nach seiner Statistik kommt dieselbe mehr als 4mal so oft vor wie der angeborene Klumpfuß, betrifft bei Weitem mehr das weibliche Geschlecht und führt im späteren Alter oft zu völliger Gebrauchsunfähigkeit des Beines.

Das therapeutische Problem besteht zunächst in der Beseitigung der Deformität, dann in Hebung der Funktionsstörung.

Die anatomischen Hindernisse der Reposition sind hauptsächlich in den Weichtheilen zu suchen. Selten wirkt der hintere Pfannenrand als Hindernis.

Nach der Reposition ist die Retention die Hauptsache. Bei der Kontrolle der Retention meint L., dass das Skiagramm nicht das geleistet hat, was man anfänglich von ihm erwartete, und dass das palpatorische Resultat viel wichtiger sei; diese Anschauung wird wohl zahlreichen Widerspruch erfahren.

Als Altersgrenze gilt ihm jetzt für einseitige Verrenkungen das 10. Jahr, für doppelseitige das 7.—8. Jahr. Die früheste Einrenkung räth L. erst anzustellen, sobald die Kinder völlig bettrein geworden sind. Eine vorherige Behandlung hält er für eine unnütze Qual.

Für die Fälle, welche der unblutigen Behandlung nicht mehr zugängig sind, empfiehlt er eine Vereinigung der blutigen mit der unblutigen Methode, nämlich die Reposition mit Hilfe der Arthrotomie ohne künstliche Pfannenvertiefung und Nachbehandlung nach den Grundsätzen der unblutigen Methode.

Es folgt eine genaue Beschreibung der unblutigen Methode. Bei stärkerer Weichtheilverkürzung wird mit Schraubenextension oder Tenotomie mit nachfolgender Bettextension vorgearbeitet. Die Einrenkung erfolgt über den oberen Pfannenrand in Strecklage und starker Innenrotation häufig bei der einfachen Extension; damit begnügt sich L. jedoch nicht, sondern versucht nach Dehnung der Weichtheile die Einrenkung über den hinteren Pfannenrand entweder aus freier Hand oder durch Unterlegen eines gepolsterten Keiles unter den Trochanter. In manchen Fällen kommt man nur mit der Einrenkung über den unteren Pfannenrand zum Ziele, die bei Abduktion des maximal gebeugten Oberschenkels erfolgt (wie bei der Paci'schen Methode. Ref.).

Bei der Retention ist die Wahl der primären Stellung das Wichtigste. Gegen die hintere Reluxation, welche das weitaus Schlimmste ist, dient extreme Abduktion und Überstreckung. Die Überstreckung wendet L. gleichmäßig in geringem Grade an, die Abduktion schwankt zwischen 45 und 90°, kann sogar negativ werden. L. versucht hierbei einen angeblichen Irrthum seinerseits richtig zu stellen, nämlich die Fixation in Außenrotation. Er weist darauf hin, dass er den Schenkel aus der Beugung direkt in Abduktion bringt und während keiner Phase der Einrenkung eine Außenrollung vorgenommen hat. (Dabei hat er völlig Recht, er muss aber doch zugestehen, dass der mathematische Endeffekt derselbe ist. Der Oberschenkel steht am Schlusse in extremer Abduktion und Außenrotation, ob er nun auf dem Umwege der rechtwinkligen Beugung dahin gekommen ist, bleibt irrelevant. Die L.'sche Erklärung beruht wohl auf einem Trugschlusse. D. Ref.)

Genau beschrieben wird das Anlegen des Gipsverbandes, welcher das Knie frei lässt. (Nach unseren Erfahrungen dürfte es sich doch empfehlen, im ersten Verbande das Knie mit zu fixiren, da die Luxationen über den oberen Pfannenrand sonst eher zu Stande kommen können, als durch die Überstreckung allein, wie L. meint. Ref.)

Nach 4—5 Monaten erfolgt die Korrektur der primären Stellung ohne Narkose. Die zweite Fixationsperiode dauert etwa 6 Monate. Daran schließt sich eine gymnastische Nachbehandlung, bei welcher jedes Forciren vermieden werden soll.

Die üblen Zufälle sind den Lesern dieses Centralblattes schon aus dem Berichte über den vorjährigen Chirurgenkongress bekannt. Das damals von Narath erwähnte Auftreten von Schenkelbrüchen hat L. nur einmal unter 450 Fällen bei einem schweren doppelseitigen Falle erlebt.

In einem Anhange wendet L. sich gegen die verschiedenen Angriffe seiner Methode, so mit Recht gegen die Angriffe Kirmisson's, vor Allen jedoch gegen Paci und die Versuche, die L.'sche Methode mit den Paci'schen Einrenkungsmanövern zu vergleichen. Er nimmt dabei einen stark polemischen Ton an. Während er in seiner früheren Veröffentlichung (Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 151. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1899) noch zugesteht, dass die Methode des verdienten italiänischen Chirurgen ihm noch am meisten sympathisch ist und seiner Methode am nächsten steht, findet er jetzt nicht die mindeste Ähnlichkeit.

Doch muss er zugeben, dass er bei schwereren Fällen auch die Einrenkung über den unteren Pfannenrand durch Abduktion des (eben so wie bei Paci) maximal flektirten Oberschenkels vornimmt.

Das Verdienst, die Methode zu einer wirklich brauchbaren und Jedermann zugänglichen ausgebildet zu haben, gebührt unbedingt L. und dürfte ihm wohl kaum noch streitig gemacht werden können.

Eine kleine Anerkennung der Paci'schen Methode und die Erwähnung des Paci'schen pathologisch-anatomischen Präparates von gelungener Reposition dürfte aber doch ruhig zugestanden werden.

Das Buch, welches eine große Reihe von Röntgenbildern und genaue Krankengeschichten enthält, muss auf das Angelegentlichste empfohlen werden. Es birgt einen Schatz reicher Erfahrungen, die zum Theil in der Zwischenzeit seit der ersten Veröffentlichung von L. auch von Anderen gemacht und bestätigt worden sind.

Drehmann (Breslau).

---

14) **Ducroquet.** Luxations congénitales de la hanche. Reduction non sanglante; guérison; nouvelle méthode de traitement. Rapporteur Monod.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 22.)

Die Methode, welche dem Verf. sehr gute Ergebnisse brachte, weicht nur in so fern von der Lorenz'schen ab, als er nach der Reposition die Kranken mehrere Monate im Verbande liegen lässt. Dieser ist knapp, ohne Watteeinlage; das Knie ist gebeugt. Hierdurch, so wie mittels einer hinter dem Trochanter erzeugten Delle im Gipsverbande soll der Schenkelkopf fest in die Pfanne gepresst werden. Die Überführung in die gestreckte bezw. adducirte Haltung erfolgt etappenweise unter gleichzeitiger radiographischer Kontrolle des Gelenks.

Christel (Metz).

---

15) **C. Manz.** Die Ursachen der statischen Schenkelhalsverbiegung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Verf. setzt in eingehenden Ausführungen aus einander, dass die typischen Verbiegungen bei der typischen Coxa vara, die Abwärts- und Rückwärtsbiegung des Schenkelhalses, ihre Erklärung am leichte-

sten findet, wenn man annimmt, dass sie nicht bei aufrechter, sondern schräger Stellung des Femur, wie sie insbesondere bei gebückter Körperhaltung getroffen wird, unter dem Einflusse der Rumpflast zu Stande komme; dass ferner die bei gebückter Haltung vorhandene Beugung im Hüftgelenke besonders günstige Bedingungen für die typischen Verbiegungen setzt (Entspannung der Kapsel). Auch das Zustandekommen der inkonstanten Torsion ließ sich bei gebückter Haltung leicht erklären.

Danach nimmt Verf. an, dass das Bücken und ferner auch das Knieen eine besondere Disposition für die Coxa vara abgebe, und erbringt in der That auch den Nachweis, dass diejenigen Berufe, welche eine dauernde Arbeit in gebückter Haltung zu verrichten haben, insbesondere die Feldarbeiter, mit Vorliebe befallen werden. Mit demselben Rechte, mit welchem wir das Genu valgum als »Bäckerbein« bezeichnen, dürften wir auch die statische Schenkelhalsverbiegung als »Bauernbein« verdeutschen. **Honsell** (Tübingen).

---

16) **E. Albert.** Die Architektur des erwachsenen menschlichen Femur.

(Bull. internat. de l'acad. des sciences de Bohême. Prag 1900.)

17) Derselbe. Die Architektur der Tibia.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 4—6.)

18) Derselbe. Die Architektur der Tibia. Mit französischem und italiänischem Texte.

Wien, **Alfred Hölder,** 1900.

19) Derselbe. Die Architektur des menschlichen Oberarms.

(Auszug aus Časopis českýeh lékařů 1900. No. 1.)

20) Derselbe. Die Architektur des menschlichen Talus.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 10.)

Die Arbeiten bilden Theile einer größeren Arbeit, welche der Autor unternommen hatte, um die Lehre von der Architektur der Knochen eingehender zu beleuchten und sie von den ihr bis jetzt anhaftenden Mängeln zu befreien. Er weist darauf hin, dass man nicht, wie noch J. Wolff erklärte, unter Zuhilfenahme eines frontalen, eines sagittalen und eines horizontalen Durchschnittes die Struktur erfassen könne, sondern dass viele solcher Schnitte, gewissermaßen Serienschnitte zur genauen Erkenntnis nöthig sind.

A. hat sich dieser unendlichen Mühe unterzogen und die Architektur verschiedener wichtiger Skelett-Theile festgestellt. Den Arbeiten sind ausgezeichnete Photographien von Knochenschnitten beigegeben, welche den inneren Bau deutlich erkennen lassen. Die einzelnen Abhandlungen sind gedrängte Résumés und eignen sich wenig zur kurzen Wiedergabe der einzelnen Befunde.

Über die Aufklärung der inneren Architektur durch das Röntgenbild wird leider nichts erwähnt; es dürfte doch wohl eine gute Kontrolle der auf dem mühsamen Wege der Serienschnitte erhaltenen Resultate abgeben, besonders wenn es gelingt, brauchbare stereoskopische Bilder darzustellen. **Drehmann** (Breslau).

21) **H. Zuppinger.** Über Torsionsfrakturen speciell des Unterschenkels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Aus den Endergebnissen der Z.'schen Arbeit seien die folgenden, speciell die Torsionsbrüche des Unterschenkels betreffenden Schlüsse hervorgehoben:

1) Auswärtsrotation des Fußes durch Gewalteinwirkung in der vorderen Fußhälfte bewirkt eine schraubenförmige Tibiafraktur in der unteren Hälfte mit Schlussfraktur an der Hinterseite und event. hoher Fibulafraktur. Die Schraubenfraktur ist rechtsgängig am linken Unterschenkel, linksgängig am rechten.

2) Einwärtsrotation des Fußes durch Gewalteinwirkung in der vorderen Fußhälfte bewirkt eine tiefe Torsionsfraktur der Fibula event. mit Fraktur des Mall. int. Die Schraubenfraktur ist links linksgängig, rechts rechtsgängig.

3) Auswärtsrotation durch Gewalteinwirkung auf die äußere Fersenseite macht eine tiefe Torsionsfraktur der Fibula, event. mit Fraktur des Mall. intern. Die Schraubenfraktur ist links rechtsgängig und umgekehrt.

4) Einwärtsrotation des Fußes durch Gewalteinwirkung auf die innere Fersenseite macht eine Torsionsfraktur in der unteren Hälfte der Tibia mit Schlussfraktur auf der hinteren Seite und eine tiefe Fibulafraktur. Die Schraubenfraktur ist rechtsgängig am rechten, linksgängig am linken Unterschenkel. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von chronischem (angeborenem) Volvulus coeci.

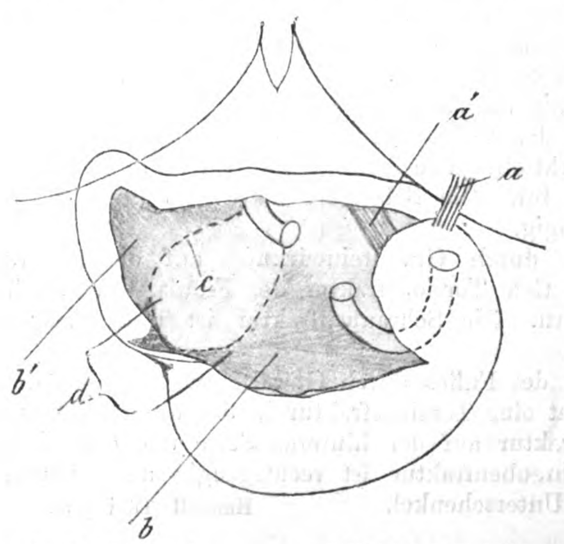
Von

Dr. Theodor Hausmann in Brest-Litowsk.

28jähriger Landmann, von jeher leidend an Hartleibigkeit und Enteralgieen, erkrankte vor 8 Tagen an heftigen Leibschmerzen und vollständiger Koth- und Gasverhaltung. Vom 2. Tage der Erkrankung an Erbrechen, das aber seit einem Tage sistirt. Da die von einem Arzte vorgenommenen Darmeingießungen und Magenspülungen keine Hilfe gebracht, wird der Kranke der chirurgischen Privatklinik von Dr. Schulz in Brest-Litowsk überwiesen.

Abdomen hochgradig aufgetrieben. Durch die Bauchdecken sicht- und fühlbare Peristaltik. Vorn überall tieftympanitischer Schall. Links seitlich Dämpfung, daselbst auch unterhalb des Rippenbogens Resistenz fühlbar. Rechts seitlich helltympanitischer Schall. Sonst keine Asymmetrieen vorhanden. Schmerzhaftigkeit besonders rechts vom Nabel.

Operation wird gleich nach Aufnahme des Kranken von Dr. Schulz unter meiner Assistenz vorgenommen. In der medianen Schnittöffnung treten stark geblähte, hyperämische Dünndarmschlingen vor. Flexura sigmoidea von normaler Beschaffenheit, von dieser aus wird Colon descendens mit der Hand nach oben aufwärts verfolgt, bis in die Gegend der linken Flexur. Dort findet die Hand ein Hindernis an einem vor dem Colon hinweglaufenden Strange. Nach Rechtslagerung der das Feld verdeckenden Dünndarmschlingen zeigt sich folgendes Bild: Vor der linken Flexur liegt das Coecum, mit der Kuppe dem Diaphragma zugewandt. Ein breiter, derber, mit starken Gefäßen versehener Strang zieht von der äußeren Seite der Coecumkuppe nach oben links und inserirt dreiquerfingerbreit über dem Rippenbogen an dem Rippentheile des Zwerchfells. Medianwärts, und mehr nach hinten, adhärirt an der Kuppe des Coecum breit ein bandförmiger Fortsatz des großen Netzes. Der Peritonealüberzug des Coecum geht glatt auf diesen Netztheil über, die starken Gefäße des letzteren gehen direkt aufs Coecum über. Dasselbe ist auch der Fall bei dem ersten, oben erwähnten Ligament. Es handelt sich somit nicht um frische, entzündliche Adhäsionen, sondern um alte, organische Verbindungen. Beim Weiterverfolgen des Coecum geht dieses zunächst eine Strecke weit nach unten, vor dem Colon descendeus her, bis es, eine Knickung erfahrend, die das Lumen aber nicht verlegt, die Richtung nach rechts einschlägt. Es nimmt dann das Colon einen bogenförmigen Verlauf mit der Konvexität nach unten, überschreitet die Wirbelsäule und verschwindet rechts von der Wirbelsäule unter dem straff angespannten Mesenterium der die rechte Bauchseite und die rechte Darmbeinschaufel ausfüllenden Dünndarmtheile. Der Dickdarm wird hier vollkommen komprimirt. Beim Manipuliren an dieser Stelle, und beim Versuch, hinter dem sich straff anspannenden Dünndarmmesenterium mit dem Finger nach oben vorbeizukommen, entsteht eine starke Blutung, die vorläufig einer Tamponade unterworfen wird. Nachdem die beiden, das Coecum fixirenden Pseudoligamente unterbunden und durchtrennt, die Dünndärme aus der rechten Bauchseite herausgehoben und das Coecum auf die rechte Darmbeinschaufel gebracht — wie es die erkannte falsche Lagerung der Därme erforderte, die in einer Achsendrehung um die Achse des gemeinsamen Mesenterium in einer dem Gange eines Uhrzeigers umgekehrten Richtung bestand —, ergeben sich folgende Verhältnisse: Wie vorausgesehen, lag ein für Dünndärme, Coecum und Colon ascendens gemeinsames Mesenterium vor, das an einer Stelle, dem Orte der Kompression des Dickdarmes von Seiten des Dünndarmmesenterium, unterbrochen war. Das ins Coecum mündende Ileum liegt eine Strecke weit dem Coecum dicht an und ist mit diesem in einem gemeinsamen Peritonealsacke geborgen, der bis auf die beiden oben beschriebenen fixirenden Ligamente von allen Seiten frei ist. Erst an der oben beschriebenen Knickungsstelle des Coecum trennen sich die beiden Darmtheile — entfernt sich das Ileum vom Coecum —, und erst an dieser Stelle nimmt das Mesenterium seinen Anfang, um Dünn- und Dickdarm zu versorgen. Der Dickdarm nun ist mit freiem Mesen-



a, *a'* = Pseudoligamente. *c* = Fußlinie des Mesenteriums.
b, *b'* = Mesenterium. *d* = Drehstelle, resecirtes Stück.

terium versehen bis zur Stelle rechts von der Wirbelsäule, wo er von dem sich nach rechts hinüberspannenden Dünndarmmesenterium gedrückt wurde. Hier ist der Dickdarm unbeweglich und in einer Ausdehnung von ca. 8 cm fest fixirt. Weiterhin distalwärts hat der Dickdarm einschließlich der rechten Flexur minder freies Mesenterium. Der fixirte Dickdarmabschnitt ist stark geschrumpft, sein Lumen aufgehoben, seine Wand theils nekrotisch, theils narbig verändert. Ein federkieldicker, runder Strang, der an der Nekrose nicht theilnimmt, zieht von außen oben nach innen unten, also vom distalen gesunden Abschnitte zum proximalen über den nekrotischen Theil herüber, entsprechend einer Spiraldrehung nach innen, die der Dickdarm an dieser Stelle gemacht. Eine Rückdrehung geht nicht an, da die Theile an dieser Stellung durch narbige Fixationen festgehalten werden. Die Resektion des nekrotischen, überaus leicht zerreißlichen Dickdarmabschnittes machte wegen seiner breiten Verwachsung nicht geringe Schwierigkeiten, wobei eine heftige Blutung zu stillen war. Das distale Dickdarmende wurde geschlossen, das proximale in die Bauchwunde eingenäht, mit Verzicht auf Afterbildung am typischen Orte wegen hochgradiger, ein schleuniges Beenden der Operation erfordernden Asphyxie. Narkose dauerte 2 Stunden. Der Kranke verschied $1/2$ Stunde post operationem. Hervorzuheben ist noch die enorme Erweiterung des ganzen proximalwärts von der Drehungsstelle befindlichen Dickdarms und die kolossale Dicke seiner Wandung, die etwa das Zehnfache der Dicke des distalen Theiles ausmachte und sowohl am frischen Präparate des resecirten Stückes, als auch am gehärteten in gleicher Weise erkennbar war. Die Verdickung betrifft in erster Linie die Muskulatur.

Eine Sektion wurde nicht gestattet.

Die klinische Stellung des Falles ist wohl unzweideutig und bedarf, nachdem zunächst Zoege v. Manteuffel[1] in seiner Monographie den Volvulus coeci ausführlich behandelt, keiner weiteren Erörterung. Er stellt aber in so fern eine Besonderheit dar, als hier die pathologische Lagerung eine in Folge ligamentöser Fixation chronische, unveränderliche war und im Sinne W. Koch's[2] wohl als eine angeborene aufzufassen ist. Es muss wunderbar erscheinen, wie der Mensch überhaupt bis zu seinem 28. Jahre hat noch ein leidliches Dasein führen können und seinem schweren Berufe als Landmann obgelegen ist.

Man findet ja häufig bei Volvulus an der Drehungsstelle ähnliche Veränderungen wie hier, und man nimmt an, dass dann schon früher mehr oder weniger häufig Drehungen stattgefunden, die aber immer wieder zurückgegangen sind, einen chronisch entzündlichen, zu narbigen Schrumpfungen führenden Zustand setzend (vgl. u. A. den von mir beschriebenen Fall im Centralblatt f. Chir. 1900 No. 1). Handelt es sich nicht vielleicht auch in derartigen Fällen trotz mangelnder ligamentöser Fixation des verlagerten Darmabschnittes um chronischen Volvulus, der erst durch eine Gelegenheitsursache, sei es durch verminderte vis a tergo, sei es durch vermehrten Druck, zu Ileus geführt?

---

22) Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen, 16.—22. September.

Sektion für Chirurgie.

(Schluss.)

Bartz (Eschweiler): Dauererfolg der operativ behandelten Bauchfelltuberkulose.

B. referirt über 3 Fälle von Peritonitis tuberculosa, die nach Laparotomie über 5 Jahre geheilt geblieben sind. Als Hauptfaktor für die Heilkraft der Laparotomie sieht B. die nach der Operation eintretende Stauungshyperämie an.

Longard (Aachen).

---

[1] Zoege v. Manteuffel, Volvulus coeci. Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 200.

[2] W. Koch, Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L.

Rosenberger (Würzburg). **Über die Art und die Bedeutung des chirurgischen Eingriffes während eines Typhlitisanfalles.**

Die Operation während eines Typhlitisanfalles besteht heut zu Tage in weiter Durchtrennung der Bauchwand in der Ileocoecalgegend, um dem Sekrete, dem Eiter oder der Jauche Abfluss zu verschaffen und ev. den Wurmfortsatz, d. h. wenn er leicht zu erreichen ist, entfernen zu können. Dieser große Eingriff kann und soll nur in einem Krankenhause unternommen werden. Aus diesem Grunde kann ein großer Theil der Erkrankten dieser Behandlung nicht theilhaftig werden, weil es aus rein äußeren Gründen nicht möglich ist, derartige Kranke in ein Spital oder in eine Klinik zu verbringen. Aber abgesehen davon sind ein großer Theil der Internen, so wie auch mehrere Chirurgen sich noch nicht darüber klar, ob ein so großer Eingriff gerechtfertigt ist, und ob man sich getrauen darf, am erkrankten Peritoneum nach dem Wurmfortsatze zu suchen und denselben zu entfernen.

Darüber lässt sich wohl nicht streiten, dass dem Eingriffe während des Anfalles in erster Linie die Aufgabe zufallen soll, den Pat. durch Ableiten der Sekrete über die Gefahr der Perityphlitis hinweg zu bringen, und dass man erst in zweiter Linie daran denken soll, den Wurmfortsatz zu entfernen, um den Pat. auch vor Recidiven zu schützen.

R. hat früher auch breit eröffnet, aber niemals Gelegenheit gehabt, den Wurmfortsatz während eines Anfalles entfernen zu können. Derselbe fiel ihm so zu sagen nicht in den Schnitt, und danach zu suchen, konnte er sich nicht entschließen, weil er der Meinung war, dass das gereizte und entzündete Peritoneum für ein Umsichgreifen der Entzündung sehr geeignet sei, so dass dadurch mehr geschadet als genützt werden könnte. Unter solchen Verhältnissen drängte sich ihm der Gedanke auf, dass ein so großer Schnitt, durch den man nur dem Sekrete Abfluss verschaffen will, nicht nöthig sei, und er kam dahin, **nur eine Incision am McBurney'schen Punkte zu machen und ein Drainrohr gegen den Wurmfortsatz, bezw. bis zum Rande des kleinen Beckens zu legen.** Diesen Eingriff machte er unter strengster Beobachtung der aseptischen Wundbehandlung.

In einem Zeitraume von 5 Jahren wurde R. bei 39 Fällen wegen der Operation zu Rathe gezogen. In 21 Fällen, die auch alle geheilt sind, hielt er den Eingriff nicht für indicirt, und nur 18mal machte er die Operation in der vorstehenden Weise. Von den Operirten sind 15 geheilt, 3 gestorben. Unter den letzteren war 2mal allgemeine Peritonitis mit schweren septischen Erscheinungen vorhanden, so dass eine Heilung nicht mehr erwartet werden konnte, und die Eröffnung nur in der Absicht vorgenommen wurde, durch Entleerung der stinkenden Jauche das kurze Dasein der armen Kranken angenehmer zu gestalten. Im 3. Falle wurde die Prognose auch sehr ungünstig gestellt, aber doch noch einige Hoffnung gelassen, dass durch die Operation Heilung eintreten könnte. Der Leib war auch mit stinkendem Eiter erfüllt. Die übrigen 15 Pat. sind ganz glatt geheilt. Der Erfolg war fast in allen Fällen ein geradezu glänzender; denn mit der Operation sank die Temperatur, der Puls wurde kräftiger, und es trat allgemeine Besserung und rasche Heilung ein.

In 11 Fällen fand sich Eiter oder Jauche vor, 7mal wurde gar nichts oder höchstens einige Tropfen eines hellen Sekretes entleert, obgleich 4mal ein deutlicher Tumor in der Blinddarmgegend vorhanden war. 2mal kam es nachträglich, jedenfalls nach Perforation des Wurmfortsatzes, zur Absonderung eines kothigen Eiters aus dem Drainrohre, wodurch aber das Allgemeinbefinden nicht gestört wurde.

R. fasst die Bedeutung des von ihm vorgeschlagenen und zumeist für die Privatpraxis berechneten operativen Eingriffes in folgenden Sätzen zusammen: **Die Operation ist ganz einfach und absolut ungefährlich, sie kann desshalb nicht schaden, nur nützen! Durch den Eingriff wird dem entweder schon vorhandenen Eiter Abfluss verschafft oder dessen Ablauf wird ermöglicht, wenn es später zum Durchbruch des Wurm-**

fortsatzes und zur Ansammlung von Sekreten kommt, die zur allgemeinen Peritonitis und zum Tode führen müssen.

Durch die Operation wird Pat. vor späteren Recidiven nicht geschützt, weil nach dem Wurmfortsatze gar nicht gesucht wird; Pat. soll dadurch vielmehr nur von seiner Blinddarmentzündung geheilt werden. Treten nach der Heilung wieder Anfälle auf, so ist dann die Entfernung des Wurmfortsatzes in einer anfallsfreien Zeit indicirt und dann ungefährlich. Große Bauchbrüche sind von dem Eingriffe nicht zu erwarten.

Die Frage, wann der Zeitpunkt zur Operation gekommen sei, wird wohl noch länger der individuellen Auffassung und Beurtheilung überlassen bleiben müssen. R. giebt den Rath, immer zu bedenken, dass das Peritoneum hinsichtlich seiner Widerstandsfähigkeit gegen septische Stoffe merkwürdige, noch nicht aufgeklärte Eigenschaften besitzt, und dass desshalb nicht zu spät geöffnet wird, da dann die Operation keinen Erfolg mehr haben kann, während sie zur richtigen Zeit lebensrettend ist, auch wenn sie nur in der einfachen Incision mit Einlegen eines Drainrohres besteht und in der Privatpraxis von einem Arzte vorgenommen wird, der sich nicht rühmen will, Operateur zu sein. (Selbstbericht.)

Diskussion: Müller (Aachen) stellt an den Vortr. die Frage, ob sich unter seinen 15 günstig verlaufenen Fällen solche befanden, bei denen nachher wegen Recidiv der Proc. vermif. entfernt werden musste, und ob sich dabei technische Schwierigkeiten ergeben haben. Weiter möchte M. glauben, dass es sich in den durch die Temperaturkurven illustrirten Fällen doch nicht um ganz schwere handelte. Letztere verlaufen doch meist schneller und würden meist trotz des geschilderten Verfahrens ungünstig enden. Die Fälle R.'s seien ja günstig durch die Incision beeinflusst, doch glaubt M., dass solche Fälle ohne Incision wohl auch zum Theil wenigstens gut ausgegangen sein würden.

R. hebt ausdrücklich hervor, dass die demonstrirten Temperaturkurven wirklich schweren Fällen angehören. **Longard** (Aachen).

Petersen (Heidelberg): Über Magenerkrankungen bei Cholelithiasis.

Die zahlreichen chirurgischen Eingriffe bei Gallensteinen und Magenerkrankungen haben uns gelehrt, dass letztere viel häufiger, als man früher annahm, durch erstere bedingt werden. Unter 102 Operationen bei gutartigen Magenerkrankungen an der Heidelberger chirurgischen Klinik war Cholelithiasis 12mal die sichere, 5mal die wahrscheinliche primäre Ursache des Magenleidens.

Als pathologisch-anatomische Ursachen der Magenerkrankung kommen in Betracht:

1) Druck der vergrößerten, steingefüllten Gallenblase auf das Duodenum;
2) Druck eines großen Steines vom Cysticus oder Choledochus aus;
3) Verlegung des Duodenum durch einen perforirten Stein;
4) Pericholecystitische Processe (von Perigastritis oft schwer zu trennen).

Diese wirken in verschiedener Richtung ein:

a. Kompression des Duodenum durch bandförmige Adhäsionen;
b. Verziehung und winklige Abknickung des Duodenum oder des Pylorus;
c. narbige Schrumpfung des Duodenum.

Meist kombiniren sich mehrere dieser pathologischen Veränderungen.

Das wichtigste klinische Symptom ist meist die Pylorus- oder Duodenalstenose, seltener Gastralgie. Magenblutungen können durch Perforation von Gallensteinen oder durch fortgeleitete Thrombosen entstehen. Häufiger als bei der Ulcusstenose finden wir Auftreten von Milchsäure und Verschwinden der Salzsäure. Pericholecystitische Schwarten können Carcinom vortäuschen; ferner wurden die großen obturirenden Steine meist als Carcinom diagnosticirt.

Die chirurgische Therapie hat 2 Hauptaufgaben zu erfüllen:

1) Die Behebung der lokalen Störungen: Lösung von Adhäsionen; Entfernung von Gallensteinen; Drainage der Gallenwege etc. Bei verwickelten

lokalen Veränderungen, so wie bei stärkerer Magenektasie muss an deren Stelle treten oder sich damit verbinden:

2) die Bekämpfung der sekundären Magenveränderungen, und zwar für gewöhnlich durch die Gastroenterostomie, nur in Ausnahmefällen durch die Pyloro- bezw. Duodenoplastik. Von der Art des pathologischen Processes und dem Kräftezustande der Pat. muss es abhängen, ob man kombinirte Eingriffe, z. B. Cholecystostomie und Gastroenterostomie, gleichzeitig oder getrennt ausführen soll. (Selbstbericht.)

Pabst (Aachen): Demonstration von Präparaten.

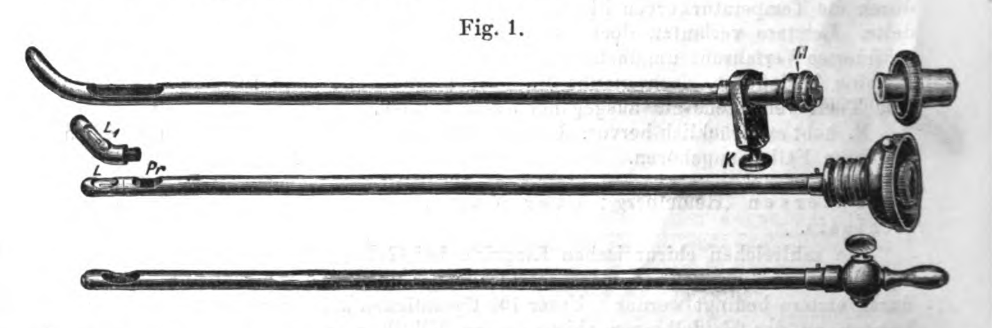
Vortr. demonstrirt ein Sarkompräparat des Rectum von einem 6jährigen Knaben, das durch Rectumamputation gewonnen war. Der Kranke überstand den Eingriff sehr gut, starb jedoch $1/4$ Jahr später ganz plötzlich. Eine Obduktion wurde nicht vorgenommen. Der Fall ist desshalb interessant, weil derartige Tumoren in dieser Gegend zu den großen Seltenheiten gehören.

In der Diskussion erwähnt Stern, dass er vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall operirt habe. **Longard** (Aachen).

Kollmann (Leipzig): Cystoskopische Instrumente und Utensilien.

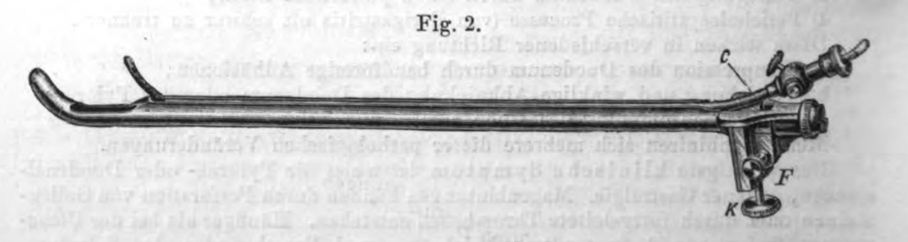
Zunächst zeigte K. verschiedene Spülcystoskope nach Güterbock'schem Principe, aber mit Hahn- oder Schieberverschluss der Außenhülse; durch die letztere Vorrichtung (Fig. 1) wird die Benutzung der Instrumente sehr erleichtert.

Fig. 1.



Die Vorzüge von Spülcystoskopen nach Güterbock'schem Princip zeigen sich am meisten in den Fällen, wo es sich um besonders schwierig auszuführende Cystoskopien handelt, wie z. B. Fälle von großen Konkrementen oder Tumoren, die mit Blasenkatarrh und damit verbundenem Tenesmus kombinirt sind. Der Vortr. verfügt über eine Anzahl von Krankengeschichten, in denen nur durch An-

Fig. 2.



wendung solcher Instrumente die cystoskopische Diagnose ermöglicht wurde; vorher waren Wochen an Beobachtungszeit bei Benutzung von anderen Cystoskopen verloren gegangen, weil zumeist gerade in dem Augenblicke, wo die Besichtigung hätte beginnen können, der Kranke den sämmtlichen Blaseninhalt mit unbezwingbarem Drange wieder herausbeförderte.

Diese Spülcystoskope bildeten den Grundstock für die Konstruktion eines neuen Uretercystoskopes, welches für die Führung und Richtung des Ureterkatheters zunächst das Casper'sche Princip eines über einer Rinne verschiebbaren Deckels benutzt. Die Konstruktion wurde in zweierlei verschiedener Weise hergestellt und demonstrirt (Fig. 2 und 3).

Fig. 3.

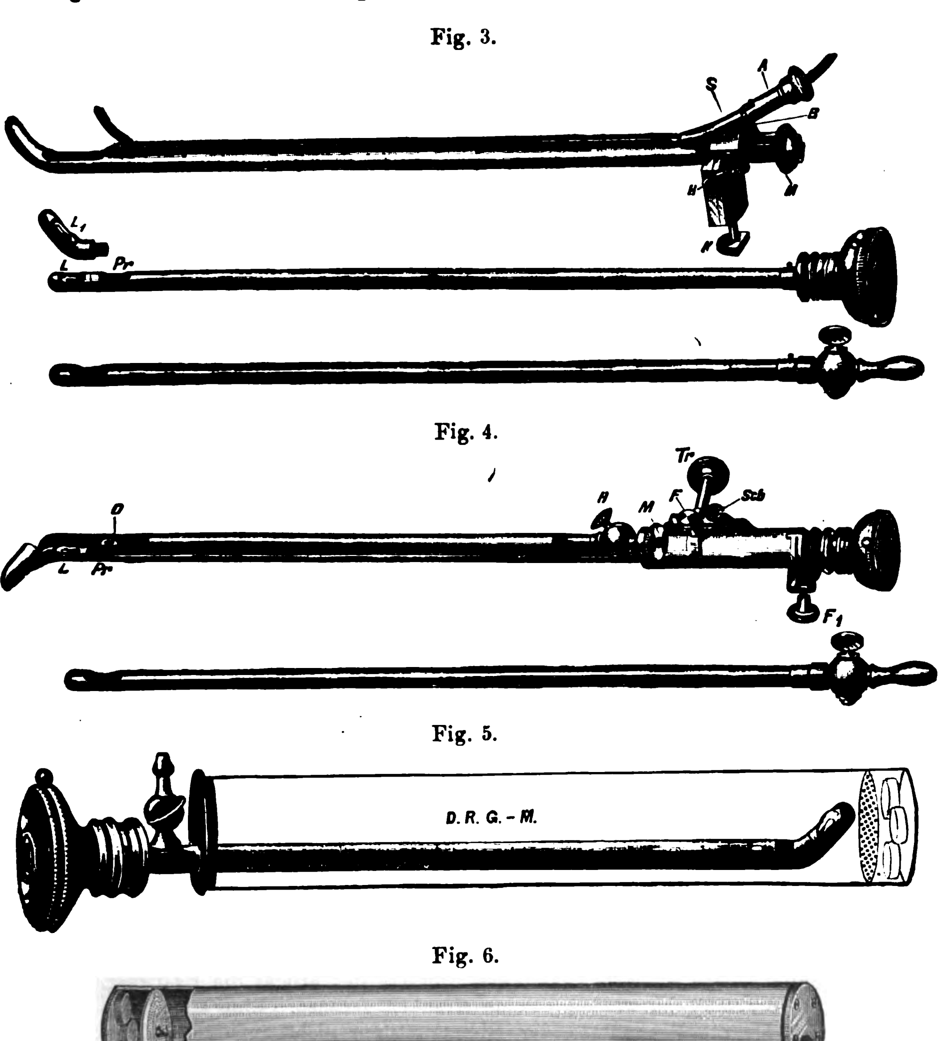


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Zu diesem Uretercystoskop werden auch Außenhülsen, wie eine solche in Fig. 1 abgebildet ist, geliefert; diese, zusammen mit dem optischen Rohre und dem inneren metallnen Spülkatheter des Uretercystoskops ergeben dann das komplete Spülcystoskop der Fig. 1.

Außerdem zeigte K. aber noch eine dritte Ausführung eines Uretercystoskopes; sie unterscheidet sich von den vorigen dadurch, dass die Gänge nicht über einander, sondern neben einander gelagert sind (Fig. 4). Diese letztere Ausführung hat K. zusammen mit Wossidlo (Berlin) herstellen lassen.

Die angegebenen 3 verschiedenen Formen von Uretercystoskopen entstanden allmählich nach einander in dem Streben nach einem, möglichst viele Anforderungen erfüllenden und doch zugleich nicht komplicirt gebauten Instrumente; welche von diesen sich als die praktischste herausstellen wird, muss die weitere Erfahrung lehren.

Das Wesentliche an allen bisher genannten Instrumenten ist Auskochbarkeit der am meisten in Betracht kommenden Theile, die Gewährleistung reichlicher, bequemer und schneller Blasenspülung, so wie die Möglichkeit, das Prisma und die Lampe jederzeit, während das Instrument liegt, von Verunreinigungen säubern zu können.

Jedem der Instrumente sind übrigens außer den geraden Lampen auch noch gebogene Lampen beigegeben (L_1 der Figuren 1 und 3), so dass man die Cystoskope sofort in gewöhnliche Nitze'sche Cystoskope dünnen Kalibers umwandeln kann.

Zum Schlusse demonstrirte K. noch die von ihm in Gemeinschaft mit Wossidlo angegebenen verschiedenen Arten von Desinfektionshülsen für Cystoskope jeglicher Form (Fig. 5 und 6), so wie außen und innen abwaschbare cystoskopische Etuis aus Holz oder Metall.

(Die ausführliche Beschreibung der von C. G. Heynemann in Leipzig hergestellten Instrumente findet sich im Nitze-Oberländer'schen Centralblatte für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1900 Hft. 3, 8 und 9.)

(Selbstbericht.)

Viertel (Breslau): Über Blasenchirurgie, in specie über Operationen bei Prostatahypertrophie.

V. demonstrirt eine große Anzahl sehr instruktiver und gut ausgeführter Photogramme und der Natur nachgebildeter Wachsmodelle von Blasenerkrankungen, speciell Erkrankungen der Prostata. — Außerdem legt er seine reichliche Sammlung von Blasensteinen vor und ergeht sich über seine Behandlung der Prostatahypertrophie. Im Allgemeinen ist er Anhänger der Bottini'schen Operation, wünscht aber, dass man nur dann operire, wenn man sich vorher durch eine cystoskopische Untersuchung von den anatomischen Verhältnissen der Prostata überzeugt habe, um danach seine Schnittführung einrichten zu können.

Longard (Aachen).

Diskussion: Müller (Aachen) verwirft die Bottini'sche Operation als eine unsichere und gefährliche, da sie selbst in der Hand geübter Chirurgen schon manches Unheil angerichtet habe. **Longard** (Aachen).

Stern (Düsseldorf): Beitrag zur Behandlung subkutaner Nierenrupturen.

S. berichtet über 2 Fälle von Nierenzerreißung im Anschlusse an Quetschung der Lendengegend. Im 1. Falle gelang es, die Niere zu erhalten und die starke Blutung durch Tamponade nach Freilegung der Niere zum Stillstande zu bringen. Im 2. Falle musste wegen hochgradigen Blutverlustes primär die Exstirpation des Organes vorgenommen werden. Beide Kranken genasen. Eine allgemeine Regel lasse sich für die Behandlung der Nierenrupturen nicht aufstellen, der Einzelbefund sei für die Wahl des Eingriffes, ob Exstirpation, Naht oder Tamponade, von Wichtigkeit.

S. stellt im Anschlusse hieran noch die interessante Frage, ob man einem derartigen Kranken eine dauernde Rente zusichern müsse; er habe in einem derartigen Falle seinem Kranken 60% zugebilligt.

Diskussion: Krabbel und Bardenheuer betonen, dass, falls keine störenden Narben, kein Bauchbruch oder sonstige störende Veränderungen zurückgeblieben seien, kein Grund vorliege, einem solchen Manne eine derartige Rente zu bewilligen. Die andere Niere übernehme doch die Funktion der weggefallenen. Anders liege die Sache, falls diese eine Niere nachträglich erkranke, da dann Pat.

in Folge Verlustes der anderen immer in großer Lebensgefahr schwebe, ein Umstand, der gutachtlich zu berücksichtigen sei. **Longard** (Aachen).

Bongartz (Düsseldorf): Demonstration einer Photographie eines Negers mit bis auf den Boden hängendem, elephantiastisch vergrößertem Scrotum.

Longard (Aachen).

Landow (Wiesbaden): Centrales Osteom des Humerusschaftes.

L. demonstrirte eine gutartige Knochengeschwulst, welche er vor $^3/_4$ Jahren einem 5jährigen Knaben aus dem spindelförmig verdickten, druckempfindlichen mittleren Drittel des linken Humerus entfernt hatte. Der eiförmige, etwa pfirsichkerngroße, gleichmäßig harte Tumor, welcher an der betreffenden Humerusstelle in einem etwas dilatirten, glattwandigen, gegen die übrige Markhöhle nach oben und unten abgeschlossenen Abschnitte der letzteren lag, war von einer bindegewebigen Hülle umgeben, welche sich nach oben zu einem Stiele verjüngte, der, nach oben und innen ziehend und die Corticalis durchsetzend, in das Periost überging. Die Geschwulst selbst bestand aus ziemlich dichten spongiösen Knochenmassen und zeigte ähnlich wie die Enchondrome einen gelappten Bau, der besonders deutlich auf dem Röntgenbilde zu erkennen ist.

Der Fall ist besonders desshalb interessant, weil der Tumor hier aus einem bis in die Markhöhle eingestülpten Periostzipfel hervorgegangen ist und so den bisher noch nicht erbrachten Beweis für die Richtigkeit der Annahme liefert, dass derartige central gelegene Geschwülste, ähnlich der Entstehung der Enchondrome aus erratischen Knorpelinseln, auch auf dem Boden verlagerter Periostkeime sich entwickeln können.

Bei der Beantwortung der Frage, auf welche Weise die Einstülpung des Periostes hier zu Stande gekommen ist, wird man, da von irgend einem nennenswerthen Trauma nichts in Erfahrung gebracht werden konnte, in erster Linie an die Rachitis, welche der Knabe in seinem 2. Lebensjahre durchgemacht haben soll, und die dadurch bedingte Störung des Knochenwachsthums zu denken haben.

(Selbstbericht.)

Frank (Köln): Zur Kenntnis der Knochentransplantation.

F. theilt mit, dass Bardenheuer bei Erkrankung von Spina ventosa mehrerer neben einander liegender Metacarpi in der Weise vorgeht, dass er, nachdem vorher die kranken Knochen subperiostal exstirpirt sind, heterogenen Knochen nach Auskochung und Behandlung in Kochsalzlösung implantirt und die Haut darüber sofort vernäht. Dieses Verfahren soll nur den Zweck haben, dem erhaltenen Periost eine Stütze zu geben bis zur Neubildung frischer Knochenmasse. (Über das Schicksal des implantirten Knochens spricht F. sich nicht aus. Ref.) Die Vorzeigung von Röntgenbildern und eines Kindes, bei dem die Operation ausgeführt war, demonstriren die Methode.

Des Weiteren spricht F. über einen Fall von Autoplastik nach der bekannten Bardenheuer'schen Knochenspaltung. **Longard** (Aachen).

Lorenz (Wien): Über das instrumentelle modellirende intraartikuläre Redressement der Kniegelenkskontrakturen und Ankylosen.

L. will die operative blutige Orthopädie nur in den schwierigsten Fällen angewandt wissen und stellt als Grundprincipien einer rationellen Orthopädie der Kontrakturen des Kniegelenkes folgende auf:

1) Korrektur im Scheitel des Deformitätswinkels (centrale Korrektur), 2) absolute Schonung des Skelettes auf Kosten der Weichtheile.

Er führt das Redressement in der Weise aus, dass der Kranke in Seitenlage derart zwischen den beiden mit dickem Kautschuk gepolsterten Platten eines L.'schen Redresseurs fixirt wird, dass die Kniegelenkslinie mit dem distalen Rande der Fixationsplatten abschneidet; um die hintere Fläche des Caput tibiae legt man

eine Kompressenschlinge, welche durch Schraubenwirkung ganz langsam angezogen wird. Der Tibiakopf wird durch dieses allmählich stärkere Traktionsmanöver auf die vorderen Theile der Femurkondylen geschleift und das Kniegelenk langsam gestreckt. Excentrische Frakturen und Zerreißung der Weichtheile der Kniekehle sind bei der langsam wirkenden Kraft (Dauer der Operation $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde) nicht zu fürchten. L. fasst die Vortheile dieses Verfahrens dahin zusammen, dass es völlig gefahrlos ist, die Erhaltung aller Skelett-Theile garantirt und ambulant und schnell ausführbar ist, dazu in manchen Fällen sogar noch ein aktiv bewegliches Gelenk gewährleistet. Er gründet seine Aussprüche auf eine 5jährige Erfahrung, in der er über 300 Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenkes ohne üblen Zufall nach dieser Methode behandelt hat. **Longard** (Aachen).

Diskussion: Müller (Aachen) spricht seine Verwunderung darüber aus, dass Vortr. es bei seinen 300 Fällen nie erlebt habe, dass sich im Anschlusse an den Eingriff alte Entzündungsherde wieder entflammten, da doch die meisten kindlichen Kniegelenkskontrakturen der Tuberkulose zugeschrieben werden müssten. Er glaubt desshalb in frischen Fällen vor ihrer Anwendung warnen zu sollen.

Lorenz betont, dass er sein Verfahren nur in solchen Fällen anwende, wo der entzündliche Process absolut ausgeheilt sei. **Longard** (Aachen).

W. Müller (Aachen): Demonstration zur Sehnenüberpflanzung.

M. stellt den Kranken vor, dessen Krankengeschichte er bereits im verflossenen Jahre in der Zeitschrift für klin. Medicin veröffentlicht hat, und bei welchem nach einer nachträglich noch ausgeführten Nachoperation (Sehnenverkürzung) das schwere Leiden einer kompleten veralteten (peripherischen) Radialislähmung, bei welcher lange zuvor die sekundäre Nervennaht trotz Humerusresektion ohne jeden Erfolg geblieben war, durch Überpflanzung der Sehnen der funktionstüchtigen Mm. flexor carp. radial. und ulnar. auf die zuvor ganz durchtrennten Strecksehnen der Finger ein vortrefflicher Erfolg erzielt werden ist. Pat. ist im Stande, die Hand und Finger mittels der beiden Flexoren recht gut zu strecken, zu spreizen, ja selbst einzelne Finger willkürlich zu strecken. Er war über 5 Jahre fast ganz arbeitsunfähig, arbeitet nun längst wieder als Bergarbeiter. (Selbstbericht.)

W. Müller (Aachen): Demonstrationen zur Frage der Osteoplastik.

M. demonstrirt zunächst durch Vorstellung dreier Kinder ein Verfahren, dessen er sich mit Erfolg bei der operativen Behandlung der Spina ventosa bedient hat. Anstatt der von anderer Seite (Gluck, Kümmell) geübten Methode des osteoplastischen Ersatzes der radikal entfernten Diaphyse der Metacarpal-, Phalangen- oder Metatarsalknochen mittels Elfenbein, dekalcinirter Knochenstücke oder ausgeglühten Knochens verwendet M. die »freie Autoplastik«. Zu diesem Zwecke meißelt er eine Knochenspange mit Periost aus der äußeren unteren Partie der Ulna der gleichen Seite. Die dadurch entstehende kleine Wunde wird durch Naht verschlossen und hinterlässt nur eine breite Narbe. In den Fällen M.'s, die er vorstellt, wurde die Diaphyse jedes Mal radikal mit Periost entfernt. Der Erfolg dieser Operation lässt, wie die Aktinogramme und der Befund an den Händen ergaben, sowohl was Vermeidung der Verkürzung der Finger als Funktion derselben anlangt, nichts zu wünschen übrig, wiewohl in einem der Fälle eine Fistel vor der Operation bestand. M. möchte das Verfahren entschieden empfehlen und ihm vor der Bardenheuer'schen Methode des Herüberschlagens einer Spange vom Nachbarknochen den Vorzug geben, da es leichter ausführbar sei und die Funktion der Interossei nicht beeinträchtige.

M. zeigt ferner eine 30jährige Pat., bei welcher er eine angeborenen Meningoencephalocele sincipitalis von annähernd Hühnereigröße mittels der osteoplastischen Methode operirt hat. Das jetzige Resultat, welches einen ziemlich guten Verschluss der Schädelöffnung zeigt, wurde erst durch wiederholte Operationen erreicht, da es M. wie auch Neugebauer erging: der osteoplastische Lappen war unter bedeutenden Hirndrucksymptomen mehrere Male abgedrängt, ausgehöhlt, in seiner

Form sehr verändert worden, so dass 2 Recidive des Hirnbruches eintraten. Der jetzige, ganz gute Zustand besteht aber nunmehr annähernd 3 Jahre unverändert. (Selbstbericht.)

Peter Bade (Hannover): Die Knochenstruktur des koxalen Femurendes bei Arthritis deformans. (Demonstration von Röntgogrammen.)

Es lassen sich pathologisch-anatomisch 2 Formen der Arthritis deformans des koxalen Femurendes unterscheiden, 1) solche, die wenig deform, und 2) solche, die sehr deform sind; unter beiden Formen kann man atrophische und hypertrophische Knochen finden.

Bei den atrophischen Formen handelt es sich immer um eine Zusammendrängung der Zug- und Druckbogen, bei den hypertrophischen Formen findet man, dass die Bälkchen aus einander gedrängt sind.

Bei den wenig deformen Gruppen ist der Strukturverlauf im Allgemeinen wie beim normalen koxalen Femurende.

In den sich häufig findenden Exostosen sieht man Bälkchenzüge vom proximalen und distalen Ende unregelmäßig ausstrahlen.

Bei den stark deformen Arten wird der Bälkchenverlauf sehr abweichend von dem des normalen Oberschenkels. Er kann so unähnlich werden, dass die Bogen der Trochanterenseite zu Druckbogen, die der Adduktorenseite zu Zugbogen werden; es entsteht also genau das umgekehrte Bild des normalen: der Trochanter major imponirt als Kopf, der Kopf hingegen sitzt als kleiner Zapfen dem Reste des Halses auf und imponirt als Trochanter major.

Es fragt sich, ob diese Befunde in Einklang zu bringen sind mit der Wolff-schen Krahntheorie des Oberschenkels. Vortr. glaubt dies verneinen zu müssen, weil sich eine für die gesunden Trajektorien widersinnige Belastungsrichtung ergebe.

Er hält nicht nur mathematische, sondern auch embryologische und vergleichend anatomische Studien für nöthig, um Einblick in das Wesen der Struktur des Oberschenkels zu gewinnen.

Der mathematische Beweis Wolff's für seine Krahntheorie sei nicht richtig, weil der Fundamentalsatz, auf den Wolff sich selbst stützt, noch hypothetisch sei und von Fachleuten nicht anerkannt werde (cf. Prof. Mohr, Handbuch der Ingenieurwissenschaften Bd. II. 2. Abth. 1890. p. 255). (Selbstbericht.)

Vulpius: Über die Behandlung des Klumpfußes Erwachsener.

Die Knochenoperation beim Klumpfuße wird vielerorts noch geübt, speciell bei Erwachsenen häufig als einzig leistungsfähiges Verfahren durchgeführt.

Die vorliegenden Mittheilungen sollen das modellirende Redressement empfehlen, unter Berufung auf ein Material von ca. 500 Klumpfüßen, hierunter 37 Fälle jenseits des 13. Lebensjahres. Stets kam das Redressement zur Anwendung, nie wurden Knochen entfernt.

Die Knochenexcision erzeugt beim Erwachsenen Verstümmelung des Skelettes, mit Apparaten ist nichts zu erzielen.

Das Redressement schwerer älterer Klumpfüße wird zweckmäßig auf mehrere Sitzungen vertheilt, um größere Hauteinrisse und Gangrän zu vermeiden. Erst zuletzt wird die Achillotenotomie ausgeführt. Der Gehgipsverband bleibt 2 bis 4 Monate liegen, eine nennenswerthe Atrophie wird hierdurch nicht zu Stande gebracht. Die Nachbehandlung wird mit einfachen Mitteln ermöglicht.

Beim paralytischen Klumpfuße auch alten Datums wird der Erfolg durch Sehnenüberpflanzung vervollständigt.

Das Redressement ist ein ungefährlicher Eingriff.

Unter den 37 Fällen wurden 28 Klumpfüße bis zum 15. Jahre, 10 bis zum 20., 6 über das 25. Jahr hinaus getragen. Die Beobachtungsdauer beträgt 26mal mindestens 2 Jahre, 15mal mindestens 4 Jahre seit dem Eingriffe, so dass das Resultat als dauerndes gewiss bezeichnet werden darf.

Ein Recidiv ist niemals eingetreten, die Pat. waren durchaus zufrieden.

Anatomisch wie funktionell lässt sich an dem redressirten Fuße Mancherlei aussetzen. Indessen ist die Gebrauchstüchtigkeit wie die Form der Füße in den wesentlichen Punkten so günstig, dass wir von Heilung zu sprechen berechtigt sind.

Eine Reihe der erzielten Erfolge ergiebt sich aus der Betrachtung der aufgestellten Moulagen, Photographien, Rußabdrücke, so wie aus der Untersuchung von mitgebrachten, seit 1—4 Jahren geheilten Pat. im Alter von 30, 28, 24 Jahren.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Lorenz (Wien) konstatirt mit Genugthuung, dass die von ihm eingeführte Methode, wie die Vulpius'schen Fälle bewiesen, eine so beredte Sprache sprechen. Die Keilresektion habe ihre Rolle ausgespielt.

Schultze (Duisburg) macht darauf aufmerksam, dass die Fälle mit mangelhaft entwickeltem Calcaneus während der Nachbehandlung Nachts unbedingt einen Schienenapparat tragen müssten. Zur Ausführung des Schlussaktes benutze er seit 2 Jahren mit Erfolg einen Steigbügel, der, an einem Drahtseile befestigt, mittels einer am Kopfstücke des Tisches angebrachten Welle den Vorfuß in dorsaler Richtung zieht. **Longard** (Aachen).

Frank (Köln): Sehnen- und Bänderplastik bei Fußdeformitäten.

F. referirt über einen Fall von Pes planus rachiticus, wo Bardenheuer den Tibialis posticus auf den Tibialis anticus vernähte, sodann die Ligamente der Pronationsseite, namentlich aber das Lig. deltoides verkürzte. Das Resultat war, wie das vorgestellte Kind bewies, sehr zufriedenstellend.

Diskussion: Dithmer (Schwerte) weist darauf hin, dass man in solchen Fällen besser von der Operation Abstand nehme und sich mit allgemein üblicher Rachitisbehandlung mit Phosphor begnüge. **Longard** (Aachen).

Schultze (Duisburg): Demonstration von Extensionstischen zur Anlegung von Gipsverbänden am Beine und an der Hüfte, so wie zur Streckung von Kyphosen und sofortiger Fixirung des erreichten Resultates in dieser Lage durch Gipsverbände. **Longard** (Aachen).

Wilms (Leipzig): Demonstration von Röntgenbildern und Präparaten mit Hilfe des Epidiaskopes (Zeiss) und Verwerthung derselben zu Lehrzwecken.

Das Epidiaskop ist ein von Zeiss konstruirter Projektionsapparat, der es in vollendeter Weise gestattet, einem größeren Publikum Photographien und Präparate jeder Art zu demonstriren. W. zeigt seine praktische Verwendung zu Lehrzwecken an einer großen Reihe von Präparaten, die aus der Leipziger Klinik stammen. **Longard** (Aachen).

---

23) **T. F. Chavasse.** Modern methods of amputating at the hip-joint.

(Lancet 1900. Juli 21.)

Verf. bespricht die modernen Operationsmethoden der Hüftgelenksexartikulation. Bei 15 von ihm operirten Fällen hat er 8mal nach der bekannten Wyeth-schen Methode operirt, die er als den sichersten Schutz gegen die Blutung entschieden empfiehlt.

Wyeth selbst hatte bei 63 in Betracht kommenden, so operirten Fällen nur eine Sterblichkeit von 9,5%. — Die vom Verf. beigegebene Tabelle seiner 15 Fälle illustrirt die Zweckmäßigkeit der genannten Methode. **F. Kraemer** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 27. Oktober.** **1900.**

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Worms a/Rh.)

Notiz über Sudeck's Trepanationsfraise.

Von

L. Heidenhain in Worms.

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse zeigte Herr Sudeck (Hamburg) einen neuen Trepanationsfraiser zur Bildung beliebig gestalteter Wagner'scher Lappen, welchem er große Vorzüge nachrühmte (Verhandlungen und von Langenbeck's Archiv). Da ich bisher nicht gelesen habe, dass das Instrument von anderen Kollegen verwendet worden sei, so halte ich es für richtig, an dieser Stelle auf seine hervorragende Brauchbarkeit aufmerksam zu machen. Es ist wunderbar, wie die Entwicklung der Technik fortschreitet. Seit mehr als einem Jahrzehnt haben sich die berufensten Kräfte damit abgemüht, die Bildung des Wagner'schen Knochenlappens tuto,

cito et jucunde zu ermöglichen. Alle Verfahren ließen zu wünschen übrig, wie sehr mit Recht Herr v. Bergmann noch in der letzten Auflage seiner Hirnkrankheiten erklärt. Die Doyen'sche Fraise, welche eine schnelle Perforation des Schädels gestattet ohne die Gefahr, die Dura zu verletzen, war in Verbindung mit der Drahtsäge Gigli's ein sehr wesentlicher Fortschritt. Doch war die Bildung eines großen Wagner'schen Lappens immer noch ziemlich zeitraubend und mühsam, wie ich vor 2 Jahren bei Operation eines Hirntumors erfuhr. Im Laufe der letzten Wochen habe ich 2mal bei Operation von Hirntumoren das neue Instrument Sudeck's verwendet und bin der Meinung, dass mit ihm das seit lange bearbeitete Problem der schnellen und sicheren Bildung eines beliebig gestalteten Hautknochenlappens seine vollkommene Lösung gefunden hat. Das Instrument, ein dünner Stahlstift mit schraubenartig schneidendem Gewinde, gestattet von einem einzigen Bohrloche aus, angelegt mit der kleinsten Doyen'schen Fraise, innerhalb weniger Minuten einen Knochenlappen jeglicher Größe und Form auszuschneiden. Eine Verletzung der Dura ist auch bei schnellster Arbeit unmöglich, da eine kleine Metallplatte, gleich der des Linsenmessers, an der Spitze des schneidenden Bohrers befestigt ist, welche zwischen Knochen und Dura vorschreitet, die letztere in zartester Weise von dem Knochen löst und gleichzeitig schützt. Sehr bemerkenswerth ist, dass Blutung aus der Diploe nicht stattfindet. Es scheint mir, dass die Erhitzung des Bohrers bei der Arbeit, — oder ist es die Quetschung der Gefäßwandungen? — die Blutung stillt. Die Heilung per primam wird hierdurch nicht gehindert. Die Führung des Bohrers besorgt man am besten durch das von Sudeck angegebene Führungsinstrument. Während der Bohrer arbeitet, soll man ihn nach aufwärts ziehen, gegen den Knochen andrängen, damit er sicher zwischen Dura und Knochen vorschreitet. Wir haben in den genannten 2 Fällen mit der Tretmaschine gearbeitet. Über die Verwendbarkeit des neuen Instrumentes im Handbetriebe fehlt mir also das Urtheil. Bei Verwendung der Maschine lässt man zweckmäßig einen Wärter treten und übernimmt selbst mit der einen Hand den Bohrer, mit der anderen dessen Leitung durch das rechtwinklig auf seine Achse wirkende Führungsinstrument, ein kurzes Stahlstück mit Handgriff, welches gestattet, den Bohrer beliebig zu leiten. Der Bohrer, welchen ich bei der ersten Trepanation verwendete, erwies sich bei der zweiten als stumpf, schnitt nicht recht, musste ausgewechselt werden. Man soll also stets zwei solcher Instrumente bereit haben, wenn man bequem arbeiten will. Die feinen Schneiden werden leicht schartig. Bei der Billigkeit des Bohrers ist dies ein Punkt von völlig untergeordneter Bedeutung. Die Fabrikanten (Reiniger, Gebert und Schall, Berlin, Friedrichstraße) werden diesem Fehler leicht abhelfen können. Im Übrigen ist die Arbeit der Bohrers glänzend leicht, schnell und sicher. Gerade der Umstand, dass es nunmehr gar nichts mehr ausmacht,

ob man einige Quadratcentimeter Knochen weniger oder mehr aufklappt, wird sicherlich fördernd auf die Hirnchirurgie einwirken.

---

1) **Le Dentu** et **Delbet.** Traité de chirurgie clinique et opératoire T. IX.

Paris, **Baillière et fils,** 1900.

Der vorletzte Band der von den oben genannten Chirurgen herausgegebenen Chirurgie bringt aus der Feder Legueu's die Krankheiten der Blase, einen Theil der Krankheiten der Harnröhre, die des Penis und ein besonderes Kapitel über Harninfektion; Albarran hat die zweite Hälfte der Harnröhrenerkrankungen und die Affektionen der Prostata übernommen, während Sebileau die Krankheiten der Hodenhüllen behandelt. Es kommen damit die Lehren der berühmten Guyon'schen Schule, in welcher die Schüler selbst zu Meistern sich emporgebildet haben, zu ihrer vollen Verwerthung, und es ist gestattet, den vorliegenden Band als einen besonders werthvollen zu bezeichnen, in dem jeder Leser wissenschaftliche Unterweisung und praktischen Rath in reichem Maße findet.

Richter (Breslau).

---

2) **H. Herbert.** Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 7.)

Aus den an der Conjunctiva angestellten Untersuchungen des Verf.s — die Resultate sind nicht sehr klar wiedergegeben — ist als allgemein interessant hervorzuheben, dass H. »den Übergang von gewöhnlichem Bindegewebe zu normalem adenoidem Gewebe und von diesem aufwärts zur Granulation oder zu chronisch entzündlichem Gewebe«, ferner Mitosenbildung an »Plasmazellen« (die Unna nie konstatirt hatte) und amöboide Bewegung an Lymphocyten sowie deren Passage aus dem Gewebe in die Lymphgefäße hinein konstatirt zu haben glaubt.

Jadassohn (Bern).

---

3) **F. Völcker.** Chlorzinkätzungen bei inoperablen Tumoren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Nach den Erfahrungen der Czerny'schen Klinik sind Chlorzinkätzungen bei bösartigen Geschwülsten dann angezeigt, wenn diese aus lokalen oder allgemeinen Ursachen nicht exstirpabel, einer Ätzung dagegen zugänglich sind; unter Umständen können sie auch bei an sich noch operabeln, aber sehr erweichten und brüchigen Geschwülsten angewendet werden, wenn die Gefahr besteht, dass die Geschwulst bei der Operation platzt und die Wunde mit Krebskeimen überschwemmt. Als Gegenanzeige wird die Nähe der Athem- und Speisewege, der serösen Häute und der Harnleiter genannt. Von 93 in der Czerny'schen Klinik mit Chlorzinkätzungen behandelten Fällen inoperabler Geschwülste sind 6 geheilt worden (3mal

Dauerheilung), und auch in den übrigen Fällen hat sich das Chlorzink häufig in so fern bewährt, als es zur Beseitigung nekrotisirter Geschwulstmassen, zur Aufhebung übelriechender Sekretion und zur Unterdrückung von schweren Metrorrhagien beitrug.

Honsell (Tübingen).

---

4) **A. Lanz.** Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

Podres und **Drobny** hatten behauptet, dass man aus der mehr intra- oder mehr extracellulären Lagerung der Gonokokken prognostische und therapeutische Schlüsse ableiten könne. Da schon längst bekannt ist, dass in Präparaten, die unmittelbar nach dem Uriniren bei akuter Gonorrhoe entnommen werden, die Gonokokken wesentlich extracellulär liegen, so war diese Auffassung von vorn herein als im höchsten Grade unwahrscheinlich zu bezeichnen. L. hat sich die Mühe genommen, noch speciell Untersuchungen hierüber anzustellen, und hat nachgewiesen, dass die Lagerung der Gonokokken im Sekret wesentlich von der Art der Gewinnung desselben abhängt. Bei stärkerem Ausdrücken erhält man stets extracelluläre Gruppen, so also im Beginne und im Endstadium einer akuten Gonorrhoe kurze Zeit nach dem Uriniren.

Jadassohn (Bern).

---

5) **G. Hügel.** Einiges über die Bartholinitis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LI. Hft. 2.)

Verf. betont, dass er bei reichlichem Material von Bartholinitis nie einen Fall außer Zusammenhang mit Gonorrhoe gesehen habe. Auffallenderweise hat er unter 40 Fällen zweifellos gonorrhoischen Ursprungs nur 14mal Gonokokken gefunden. Die histologische Untersuchung des Verf. hat dem bisher Bekannten nichts Wesentliches hinzugefügt. Wenn die Entzündung immer und immer recidivirt, ist die Exstirpation angezeigt, welche von Prof. Wolff (Straßburg) schon seit langer Zeit so gemacht wird, dass er die Drüse mittels einer stark gekrümmten, senkrecht an einem Nadelhalter angebrachten Nadel von oben nach unten durchsticht, dann auf der inneren Fläche der kleinen Labie einschneidet und, während die Drüse durch einen Assistenten herausgezogen wird, sie Schicht für Schicht lospräparirt. Naht, Scheidentamponade. Aseptischer wird die Operation, und günstiger ist die Narbenbildung, wenn man nach Einschnitt zwischen der großen und kleinen Labie die ebenfalls angespießte Drüse anzieht und ausschält, so dass die Wunde außerhalb der Scheide liegt.

Jadassohn (Bern).

---

6) **E. Finger.** Die moderne Therapie der Gonorrhoe.

(Wiener Klinik 1900. Hft. 1.)

Das vorliegende Heft giebt stenographische Aufzeichnungen von Vorlesungen F.'s; aus ihnen kann ich hier natürlich nur einige

wesentliche Punkte hervorheben. F. hat seinen früheren Standpunkt aufgegeben: er behandelt jetzt mit den nicht ätzenden, nicht adstringirenden Antisepticis die akute Gonorrhoe von Anfang an lokal. Er beginnt mit Protargol (1/4%) und fährt nach einigen Tagen mit Largin (1/4—1%) fort. Als Irrthum (wie mir F. mittheilte, des Stenographirenden) ist zu korrigiren, dass das Argonin als antiseptisches Adstringens aufgeführt, als reizend bezeichnet und mit Argentamin und Argentum nitricum in eine Gruppe geworfen wird; es ist vielmehr das Prototyp der Silbereiweißpräparate, wie es ihr erstes war; es ist wohl noch reizloser als das Protargol und sicher weniger reizend als Largin. F. lässt 3mal täglich (in gleichen Zwischenräumen!) je 10 Minuten lang injiciren (nach Uriniren und Ausspritzen mit lauem Wasser). Soll die Flüssigkeit nicht in die hintere Harnröhre dringen, so wird sie 2—3mal je 4 Minuten in der Urethra gehalten; handelt es sich um frische Urethritis posterior, so werden die nicht adstringirenden Antiseptica benutzt, welche nach 10 Minuten in die hintere Harnröhre einströmen. Die Injektionsflüssigkeit soll immer lau sein. Von den Balsamicis wird wesentlich Ol. Santali, resp. Gonorrhol (3mal 15—20 Tropfen) zur Unterstützung oder auch zum Ersatz der lokalen Therapie (bei superakuter Entzündung etc.) benutzt. Bei der akuten Urethritis posterior werden Salicylpräparate gegeben; vor alkalischen Wässern wird besonders gewarnt; Pollutionen müssen energisch bekämpft werden etc. Zur Behandlung der subakuten Urethritis posterior werden Diday'sche Irrigationen und in späteren Stadien Ultzmann'sche Instillationen verwendet; beim postgonorrhoischen Katarrh haben F. Bismuthsuspensionen besonders Gutes geleistet. Bei der chronischen Gonorrhoe wird vor Schematisiren gewarnt; das Princip der graduellen Behandlung wird energisch betont; Pausen in der Therapie sind unbedingt einzuschieben, um die traumatische Reizung immer wieder abklingen zu lassen. Sind noch Gonokokken vorhanden, so sind Argentum nitricum-Lösungen in steigenden Koncentrationen, im anderen Falle Cuprum sulfuricum, Resorcin, Trichloressigsäure zu empfehlen; immer muss auf Infiltrate untersucht und eventuell gedehnt werden; vor allem Forciren ist zu warnen. Sehr beherzigenswerthe Bemerkungen über die Therapie der Urethritis posterior mit Prostatitis und Neurasthenie und über die Grenzen der Urethroskopie beschließen die klaren Ausführungen des Verf. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **W. P. Juwatscheff.** Die Behandlung der Gonorrhoe durch Ausspülung vermittels eines neuen rückläufigen Katheters.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LII. Hft. 3.)

Zur Verbesserung der Janet'schen Methode hat J. einen neuen rinnenförmigen Katheter konstruirt, durch den die Spülflüssigkeit nicht mehr die gesammte Harnröhre, sondern nur den erkrankten Theil derselben bespült. Bei Versuchen mit verschiedenen Flüssigkeiten ist er zu dem Resultate gekommen, dass heiße Lösung von

Kal. hypermanganicum (1 : 4000) am meisten, Sublimat am wenigsten zu empfehlen sei. Physiologische ClNa-Lösung hat keinerlei Wirkung gehabt. **Jadassohn** (Bern).

8) **Weidenhammer.** Zur Tripperbehandlung.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 12.)

Für den chronischen Tripper mit hartnäckiger, mehr oder weniger reichlicher Sekretion empfiehlt W. folgende Methode: Von einer Kalium hypermanganicum-Lösung (4 : 100) wird 1 Theelöffel zu $^1/_2$ Liter abgekochten Wassers zugefügt, und damit werden zuerst 5mal 25 Einspritzungen in 24 Stunden, nach 3—5 Tagen 5mal 20 Einspritzungen etc. bis 5mal eine Einspritzung gemacht. Jeden 3. Tag meist noch eine Spülung nach Janet (0,1—0,5 : 1000 Argent. nitr.) nach 6stündiger Pause in den Einspritzungen. **Jadassohn** (Bern).

9) **L. Leistikow.** Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 4.)

L. empfiehlt das Ichthargan, ein braunes, geruchloses Pulver, das 30% Silber und in der Ichthyolsulfosäure gebunden 15% Schwefel enthält und in Wasser leicht und klar löslich ist, in 0,02—0,2%iger Koncentration gegen akute Gonorrhoe speciell in prolongirten und häufig wiederholten Injektionen; es tödtet die Gonokokken schnell und verwandelt die eitrige Sekretion in eine seröse. Auch fast abortive Resultate wurden in einzelnen Fällen erzielt.

Jadassohn (Bern).

10) **Spiegelhauer.** Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. Hft. 8.)

S. empfiehlt, die akute Epididymitis mit feuchten, 3mal täglich zu wechselnden Verbänden mit heißer essigsaurer Thonerde zu behandeln, daneben 3 g salicylsaures Natron pro die. (Auch der Ref. behandelt die gonorrhoische Epididymitis im Beginne meist mit Hitze — Thermophor! — oder mit feuchtwarmen Verbänden und ist mit den Resultaten dieser Therapie sehr zufrieden; doch giebt es einzelne Fälle, bei welchen Kälte zur Schmerzlinderung kaum entbehrlich ist.)

Jadassohn (Bern).

11) **R. Kaufmann.** Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. Hft. 11.)

K. empfiehlt im Anschlusse an die Mittheilung von Spiegelhauer die von Wossidlo geübte Behandlung der akuten Epididymitis mit feuchten Verbänden mit ganz heißem Wasser (Gutta-

pertschapapier, Zeißl-Langlebert'sches Suspensorium); das heiße Wasser muss alle 2 Stunden erneuert werden. Dabei bleiben nur sehr selten Infiltrate zurück. K. glaubt, dass durch die Heißwasserbehandlung »eine passive Hyperämisirung im Sinne Bier's und Buchner's« bedingt werde. **Jadassohn** (Bern).

12) **T. Domela-Nieuwenhuis.** Über die retrobulbäre Chirurgie der Orbita.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Von den Operationsmethoden, welche bezwecken, bei retrobulbären Affektionen genügend freien Zugang zu schaffen und gleichzeitig den Bulbus zu erhalten, ist nach den Ausführungen Verf.s die Krönlein'sche temporäre Resektion des äußeren Orbitalrandes die zweckmäßigste. Sie ist ein absolut ungefährlicher, relativ leichter Eingriff und erreicht immer die dauernde Erhaltung des gesunden Bulbus, auch wenn der erkrankte Sehnerv mit exstirpirt werden muss. Die im Gefolge der Operation oft auftretenden Augenmuskelstörungen und Anästhesien der Hornhaut pflegen sich wieder zu verlieren; Muskelstörungen könnten auch durch Nachoperationen verbessert oder beseitigt werden. Wo der Sehnerv nicht mitexstirpirt werden muss, bleibt das Sehvermögen meist erhalten und bessert sich oft wieder. Angezeigt ist die Krönlein'sche Operation bei eingehenden retrobulbären Eingriffen und gesundem Bulbus vor Allem zur Entfernung von retrobulbären Cysten und Geschwülsten, so wie eingedrungenen Fremdkörpern.

Die Erörterungen des Verf.s stützen sich auf 45 nach Krönlein operirte und im Text in extenso wiedergegebene Fälle, von denen 18 bisher noch nicht publicirt waren. **Honsell** (Tübingen).

13) **F. de Quervain.** Des incisions opératoires au niveau du cou.

(Extrait de la Semaine méd. 1900. Januar 10. Paris. 18 S. Mit 8 Figuren.)

Verf. empfiehlt bei Operationen am Halse, nach Vorgang des Kocher'schen Kragenschnittes, vorwiegend aus kosmetischen Rücksichten die transversale Schnittführung mit leicht schräger Richtung nach außen und oben gegen die seitlichen Partien des Halses hin. Dieses Verfahren genügt, nach Ansicht des Verf., für die meisten operativen Eingriffe, event. müssten, wie beispielsweise bei Lymphomen vor und hinter dem Kopfnicker, 2 derartige Hautschnitte angelegt werden. Nur für ausgedehnte Geschwulstexstirpationen am Halse empfiehlt de Q., einen Hautmuskellappen zu bilden entweder nach des Verf. eigenem Vorgange (Winkelschnitt entlang dem vorderen Rande des Kopfnickers und parallel dem Schlüsselbeine mit Durchschneidung des genannten Muskels 1,5 cm oberhalb seines Sternoclavicularansatzes [s. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVIII Hft. 1]),

oder nach Küttner's Methode (Schnitt entlang dem vorderen Rande des Kopfnickers, der nach dem Warzenfortsatze hin bogenförmig umbiegt, mit Durchtrennung des Muskels an seinem oberen Ende [s. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV Hft. 3]).

A. Most (Breslau).

---

14) **A. Schanz.** Das Redressement schwerer Skoliosen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

Die Resultate der Skoliosenbehandlung sind nur bei Deformitäten ersten Grades gute, alle höheren Veränderungen lassen sich selbst nach Ansicht erfahrener Autoren wie Hoffa nicht in befriedigendem Maße beeinflussen. Verf. sieht die Ursache dafür in der mangelhaften bisher geübten Methode. Der Ausbau des alten Verfahrens führt nach seiner Ansicht zu keinem Ziele. Was als Neuheiten in der Skoliosenbehandlung in den letzten Jahren gebracht wurde, sieht er als Künstelei an. Er selbst unterscheidet streng auch für die therapeutischen Maßnahmen zwischen der werdenden und der fertigen Deformität. Mit dem neuen von ihm angewandten Verfahren ging S. an die schweren Formen bis zum 17. Lebensjahre, mit dem allerdings die oberste Altersgrenze nicht erreicht ist, bei der man es noch anwenden kann. Zuerst beginnt er mit der Mobilisation der Wirbelsäule und mit einer forcirten Extension derselben in einem eigens dazu konstruirten und abgebildeten Apparate. Die Pat. werden in demselben am Kopfe suspendirt. An Fesseln, welche an den Fußgelenken befestigt werden, wird alsdann der Zug ausgeübt. Ist eine nahezu völlige Streckung der Wirbelsäule erreicht, so wird der Rumpf in dieser Form durch einen Gipsverband fixirt, welcher Brust, Bauch und Hals bis nahe an die Warzenfortsätze einschließt. Die Technik dieses nicht ganz leicht in angemessener Weise zu bewerkstelligenden Verbandes ist genauer beschrieben. Der ganze Vorgang hat keinen ungünstigen Einfluss auf Lunge und Herz, im Gegentheil fand S. sogar gegebenen Falls nur günstige Wirkung auf den Bronchialkatarrh, wie er bei Skoliosen so häufig vorkommt. Neuerdings wechselt Verf. 2mal nach je 4 Tagen den Verband und vervollständigt dabei das Redressionsresultat. Die Korrektion zeigt sich an der Vermehrung der Körperlänge, und S. giebt sehr beträchtliche Zahlen an, welche er erreicht hat. Die Fixirung im Gipsverbande soll ein Vierteljahr lang stattfinden. Jedes Mal nach 4 Wochen wird derselbe erneuert. Zur Nachbehandlung resp. zur Festhaltung des im Gipsverbande erzielten Resultates wird ein Lederdrellkorsett sogleich nach Entfernung des letzten Verbandes angelegt, nachdem dasselbe vorher schon angemessen worden. Außerdem sollen jetzt alle Hilfsmittel in Anwendung kommen, welche sich auch sonst in der Skoliosenbehandlung, speciell zur Beseitigung des ersten Grades der Deformität, bewährt haben, vor Allem das Gipsbett. Eine Heilung, so konstatirt Verf. selbst, ist bei dieser schweren Skoliose nicht zu erzielen, weil man an der Wirbelsäule keine Über-

korrektur anwenden kann. Aber man kann nahe an die Heilung herankommen. Die geringen übrig bleibenden Spuren der Deformität sind leicht durch die Kleidung zu verdecken. An einigen Abbildungen zeigt S. seine Resultate. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

15) **Hertoghe** und **H. Spiegelberg.** Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand und Hemmung des Wachsthums und der Entwicklung und der chronische, gutartige Hypothyreoidismus.

München, **J. F. Lehmann,** 1900. 69 S. 49 Fig.

S. giebt in vorliegender Arbeit eine zusammenfassende Übersetzung der von H. seit 1895 über den genannten Gegenstand veröffentlichten Arbeiten. Dieselben gipfeln in der Aufstellung des als chronischer, gutartiger Hypothyreoidismus bezeichneten Krankheitsbildes. Dasselbe soll in der Regel beim weiblichen Geschlechte vorkommen, besonders vom Alter der Reife an und auf angeborener oder erworbener Mangelhaftigkeit der Schilddrüsenfunktion beruhen, ohne dass — wie bei der ausgesprochenen Cachexia thyreopriva — diese Drüse gänzlich zerstört oder funktionslos geworden wäre. Die Anlage zu der Schilddrüsenverarmung soll stets ererbt sein und auf den verschiedensten, den Allgemeinzustand der Eltern krankhaft verändernden Umständen beruhen, wie Alkoholismus, Lues, Tuberkulose etc. Diese angeborene Anlage kommt noch durch wiederholte Schwangerschaften, Entbehrungen, Überernährung, Gonorrhoe, Lues etc. zum Ausbruche.

Was die Symptome der genannten Erkrankung betrifft, so giebt es kaum ein Organ, an dem H. nicht Folgen des Hypothyreoidismus findet. Im Allgemeinen hebt er für das jugendliche Alter den Infantilismus, für das reife Alter das frühzeitige Altwerden hervor. Im Einzelnen betont er besonders folgende Erscheinungen. Die Haare werden dünn und fallen aus, die Zähne werden kariös und das Zahnfleisch entzündet, der Rachen ist geröthet, die Mandeln häufig vergrößert, die Nase verengt, es bestehen adenoïde Wucherungen, häufiger Schnupfen, verschleierte Stimme, Gehör- und Gesichtsstörungen, Ohrensausen. Beinahe regelmäßig sollen ferner Kopfschmerzen vorkommen.

Durch Schwangerschaft wird zwar bisweilen vorübergehende Besserung der Erscheinungen bedingt, öfter aber auch Verschlimmerung. Die Entbindung sei gewöhnlich von ziemlich starker Blutung gefolgt.

Menorrhagien und Dysmenorrhoe gelten H. als besonders wichtige Zeichen von Hypothyreoidismus, sogar Retroflexion des Uterus und Fibromyome werden mit dieser Erkrankung in Zusammenhang gebracht.

Schmerzhafte Empfindungen in der Wirbelsäule, in Muskeln und Gelenken sollen sehr häufig beobachtet werden und Plattfuß und

Schweißfuß dieselbe Ursache haben können. Varicen und Hämorrhoiden sollen von derselben Ursache abhängen können, selbst die angeborene Aortenenge. Unter den Erkrankungen des Verdauungskanals wird besonders die Gallensteinbildung auf mangelhafte Schilddrüsenfunktion zurückgeführt, eben so die habituelle Stuhlverstopfung und endlich Bruchbildung. Von Hautkrankheiten werden Prurigo und Ichthyosis hierher gerechnet.

Beim männlichen Geschlechte sollen ferner bisweilen Spermatorrhoe, Prostatahypertrophie, Varicocele und Leistenhoden auf mangelhafte Schilddrüsenfunktion zurückzuführen sein. Der psychische Zustand zeichnet sich besonders durch Mangel an Energie und und Schwäche des Gedächtnisses aus.

Der Verlauf der Erkrankung ist äußerst chronisch und erfährt erst nach der Menopause bisweilen eine spontane erhebliche Besserung.

Die Behandlung hat in vorsichtiger Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten zu bestehen, verbunden mit Beeinflussung der Lebensweise. Kaltwasserbehandlung ist zu vermeiden, vielmehr dem Pat. durch warme Bäder Wärme zuzuführen. Alkohol und Tabak sind zu verbieten.

Wie sich aus dieser immerhin noch unvollständigen Zusammenstellung der Erscheinungen des Hypothyreoidismus ergiebt, geht H. in der Ausdehnung des genannten Gebietes weiter, als alle bisherigen Beobachter, und schreibt der mangelhaften Schilddrüsenthätigkeit in etwas zu apodiktischer Weise eine ganze Anzahl von Erkrankungen zu, deren Zugehörigkeit zu diesem Gebiete keineswegs bewiesen ist. Trotz dieser zweifellosen Übertreibungen und zu weit gehenden Verallgemeinerungen, die übrigens auch der Übersetzer zugiebt, gebührt doch H. das Verdienst, in eindringlicher Weise auf das Studium noch unbekannter oder wenig beobachteter Ausfallwirkungen der Schilddrüse hingewiesen zu haben. Wer eine Anzahl von Fällen von Cachexia thyreopriva an Menschen und Thier beobachtet hat, der weiß, wie sehr der gänzliche Schilddrüsenausfall die verschiedensten Organe in Mitleidenschaft zieht. In wie fern ein nur theilweiser Ausfall auch in so ausgedehnter Weise wirkt, das muss, unter Nachprüfung der H.'schen Angaben, eine weitere, auf breiterer Basis aufgebaute Beobachtung lehren. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

16) **A. Poncet** et **le Mayet.** De la repartition géographique actuelle du goitre en France.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 24.)

Die Angaben der Verff. beruhen auf den Erhebungen der Ersatzkommissionen; sie beziehen sich dem entsprechend nur auf das männliche Geschlecht, werden jedoch als Ausdruck der Gesammtbevölkerung benutzt. Auf beigegebenen Karten sind 6 Kropfbezirke abgetheilt, von unter 0,5‰ bis über 10‰. Die höchsten Procente — 45‰ —

erreicht die Haute Savoie. Der Vergleich mit den früheren Berechnungen von Baillaryer ergiebt Zunahme der Endemie in einigen, wesentliche Abnahme in anderen Departements. Im Allgemeinen scheint Rückgang zu überwiegen. Die Gesammtzahl der Kropfträger in Frankreich dürfte mit 400 000 noch zu niedrig veranschlagt sein.

Christel (Metz).

---

17) **E. Ehrich.** Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis des Morbus Basedowii.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Anschließend an eine Reihe klinischer und histologischer Untersuchungen giebt Verf. eine Kritik der Theorien über das Wesen des Morbus Basedowii. Wie er ausführt, stützt man sich zur Begründung der Vergiftungstheorie vielfach auf günstige Operationsresultate. Der Werth der Statistik werde nun aber durch verschiedene Fehlerquellen ein sehr problematischer. Unter Verf.s eigenen Fällen befand sich nur einer, bei welchem sicher durch die Operation selbst eine Heilung erzielt wurde (Fall sekundären Morbus Basedowii); 2mal blieb es ungewiss, ob man den günstigen Erfolg der Operation zuschreiben durfte, in 4 Fällen war das Resultat ein durchaus unbefriedigendes. Die Erfahrung, dass häufig die Operation ergebnislos bleibt, obwohl der Eingriff sich von dem bei geheilten Fällen nicht unterschied, und obwohl kein Kropfrecidiv auftrat, ferner aber auch das Verhalten des Kropfes bezw. des Kropfrestes nach der Operation sprächen nicht zu Gunsten einer Vergiftungstheorie.

Andererseits fielen für die Neurosentheorie ins Gewicht die häufigen Beziehungen zwischen Morbus Basedowii einerseits, neuropathischer Anlage und Neurosen andererseits, dann das Auftreten und die Verschlimmerung von Morbus Basedowii im Anschlusse an seelische Erregungen, endlich die Beobachtung, dass die verschiedensten Behandlungsmethoden unter Umständen eine Heilung herbeiführen können.

Neigt daher Verf. der Neurosentheorie zu, so giebt er ihr auf der anderen Seite eine schärfere Präcision, indem er den weiten Begriff einer Neurose ersetzt durch den einer Gefäßnervenalteration, welche eine Erweiterung und vermehrte Durchströmung der Gefäße zur Folge hat. Hierbei stützt er sich vor Allem auf den außerordentlichen Blutreichthum des Basedowkropfes, der sich schon klinisch, insbesondere aber bei der Operation geltend macht. Auch mikroskopisch erscheint der Basedowkropf als echter Gefäßkropf. Die arterielle Kongestion verursache eine vermehrte Transsudation, und beides zusammen bewirke die Vergrößerung des Kropfes. Den histologischen Veränderungen an Epithelzellen und Follikeln des Kropfes, dann auch den Veränderungen, die Verf. an excidirten Sympathicusganglien nachweisen konnte, käme nur eine sekundäre Bedeutung

zu. Auch die übrigen Erscheinungen des Morbus Basedowii ließen sich aus einer Gefäßalteration direkt oder indirekt erklären.

Honsell (Tübingen).

---

18) **J. Moreira.** Ein neuer pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ainhums.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 8.)

Der Ainhum kommt nach den Erhebungen des Verfs. in Süd- und Nordamerika, in Afrika, Asien und Polynesien vor. Am häufigsten ist er speciell bei der afrikanischen Rasse. In Europa sind bisher nur eingeschleppte oder zweifelhafte Fälle gesehen worden. Die bekanntlich durch eine kreisförmige Einschnürung an der Basis (meist, aber nicht ausschließlich) der kleinen Zehe charakterisirte Erkrankung hat einen sehr langsamen Verlauf und bedingt zuerst nur Jucken, später allerdings auch lebhafte Schmerzen und Störungen in der Fortbewegung. Das Allgemeinbefinden ist immer ganz normal. Verf. berichtet über 19 Fälle. Mit aller Energie spricht er sich gegen den Versuch aus, einen Zusammenhang zwischen dieser Krankheit und der Lepra zu konstruiren (Zambaco Pascha). Die mikroskopische Untersuchung einer mit Ainhum behafteten Zehe hat ergeben, dass die oberflächliche Cutis der ganzen Zehe chronisch entzündet war, und dass sich an der Stelle der Furche eine Hypertrophie des collagenen Gewebes fand. Weiterhin bildet sich dann Stauung und Nekrose aus. Für eine specifische Ursache hat M. Anhaltspunkte nicht gefunden. Sein Versuch, die Erkrankung ohne eine solche zu erklären, ist nicht gerade leicht verständlich. Er glaubt, dass es sich »zunächst um eine Stauungshyperämie der Haut, bedingt durch eine Koordinationsstörung im arteriellen und venösen Kreislaufe handelt. Dafür sprechen die dunklere Färbung des Integumentes, die herabgesetzte Temperatur und die vermehrte Schweißabsonderung. Die Digitoplantarfalte, die Lokalität der normalen Flexion der Zehe, ist in Folge der fortwährenden Bewegungen der ursprüngliche Sitz dieser chronischen Entzündung, welche sich allmählich ringförmig fortsetzt, weil mit dem Tieferwerden der anfänglichen Furche jede Bewegung dazu beiträgt, die Extensions- und Flexionsfalte der Zehe zu vergrößern, wodurch dem fibrösen Entartungsprocess an der ringförmigen Einschnürungsstelle ein weiteres Fortschreiten in cirkulärer Richtung vorgeschrieben wird.«

Besonderen Werth legt Verf. auf die Plattfußstellung und die Einwirkung von Traumen bei den barfuß gehenden Negern. Die Behandlung besteht im ersten Stadium in tiefen Einschnitten senkrecht zur Richtung der Furche mit Durchtrennung des ganzen Einschnürungsringes. Ist die Furche sehr tief geworden, so muss die Amputation oder Exartikulation vorgenommen werden.

Jadassohn (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

19) Vom XIII. Internationalen Kongresse in Paris.

In der **Sektion für Kinderchirurgie** unter dem Vorsitze des Kongresspräsidenten Lannelongue waren drei Hauptthemata zur Erörterung gestellt, für welche eigene Berichterstatter, 2—3 für jedes Thema, officiell bestimmt waren. In der angeschlossenen »Diskussion« kamen fast nur im Hauptprogramm bereits vorgemerkte Redner zu Worte, welche ihre von Haus aus mitgebrachten Vorträge hielten. Eine Diskussion in ihrer eigentlichen Bedeutung, d. h. ein Eingehen auf die vorgebrachten Meinungen der Autoren, konnte unter solchen Umständen natürlich kaum zu Stande kommen.

Am ersten Verhandlungsgegenstande:

Über die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung waren als Berichterstatter betheiligt Hoffa: über die blutige Operation, Lorenz: über die unblutige Behandlung, und Kirmisson mit einer Gesammtübersicht der verschiedenen Behandlungsarten: »rapport d'ensemble«.

Der Standpunkt der beiden ersten Redner ist den deutschen Fachgenossen genügend bekannt; wir können uns darauf beschränken, die hinsichtlich bestimmter Gesichtspunkte aus einander gehenden Meinungsäußerungen kurz zu umgrenzen.

Hoffa entwickelt das Bild der Operation klinisch-technisch und prognostisch lediglich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen (248 Operationen). Seine erste These lautet: In jedem Falle von angeborener Hüftverrenkung soll zunächst die unblutige Einrichtung versucht werden. Versagt die unblutige Methode aus irgend einem Grunde, so ist die blutige Reposition des luxirten Schenkelkopfes in eine neugebildete Pfanne bei Kindern nicht vor dem 3. und nicht nach dem 8. Lebensjahre die der Wahl. Da als Gradmesser für den Werth der Operation auch seitens der anderen Redner die unmittelbare Lebensgefahr und das funktionelle Ergebnis anerkannt wird (das anatomische Verhalten kommt hier ja weniger in Betracht), so führen wir H.'s persönliche Erfahrungen zur Frage der Gefahr in Folgendem an: Von 10 Todesfällen bei 248 blutigen Repositionen fallen 8 der Operation zur Last, und 7 davon sind das Lehrgeld für die Entwicklung der Technik bis zur jetzigen Höhe. Zur Würdigung der letzteren — und damit beantwortet sich die Frage nach der Gefahr der jetzigen Operation ganz allein — kommt in Betracht, dass von 132 hinter einander mit jetziger Technik Operirten keiner mehr verloren gegangen ist. Dazu ist erstes Erfordernis Beherrschung der Aseptik; die Gefahr der Operation liegt wesentlich in der septischen Infektion, welche mit dem Alter des Kindes eben so wie die Schwierigkeit der Reposition wächst. Das zweite ausschlaggebende Moment ist der funktionelle Erfolg oder Misserfolg. H. versichert, dass Flexionsadduktionskontrakturen sich unter allen Umständen vermeiden lassen, eine etwa eingetretene durch nachträglich subtrochantere Osteotomie erfolgreich behandelt werden kann.

Ein Steifwerden ursprünglich beweglicher Gelenke ist, wenn man die richtigen Fälle auswählt, nicht zu befürchten, es kommt nur bei älteren Pat. und bei Gelenken mit von vorn herein beschränkter Beweglichkeit vor. Ankylosen entstehen nur nach Vereiterung der Wunde und bei Operationen in zu spätem Alter, d. h. jenseits des 10. Lebensjahres bei einseitiger, des 7. Lebensjahres bei doppelseitiger Verrenkung. Auch am Beckenringe ist eine spätere, für das weibliche Geschlecht verhängnisvolle Wachsthumsstörung durch das Arbeiten an dem Ossifikationsbezirke in keiner Weise zu befürchten — H. hat bereits eine einschlägige Erfahrung —; unter der richtigen statischen Belastung entwickelt sich das Bein vielmehr ganz normal.

Die Frage der unmittelbaren Lebensgefahr und des eventuellen Misserfolges, welche Hoffa, wie bemerkt, hier aus nur eigener Erfahrung beurtheilt, stellt sich

für die Lorenz'sche Betrachtung nicht ganz so günstig. Er berechnet aus verschiedenen Statistiken 2—10% Mortalität, denkt an die ziemlich häufigen Kontrakturen und Ankylosen mit ihrer recht unbequemen Nachbehandlung und findet, dass die Verletzung des Y-Knorpels an der Pfanne doch zu einer späteren Beckenverkümmerung führen kann. Auch die mechanische Behandlung mit Gehstützen ist eine Behandlung ohne Ende und im Allgemeinen unzureichend. Die allmähliche Einrenkung in Streckladen kann nur bei ganz kleinen Kindern gelingen, und die gezwungene Ruhe ist für das Gedeihen des Organismus auch keineswegs gleichgültig. Das sind die Gründe, welche der unblutigen Einrenkung den Vorzug sichern, welche vom Standpunkte der Gefahr im gehörigen Alter (einseitig höchstens 9—10 Jahre, doppelseitig 7—8 Jahre) für Lorenz einwandsfrei ist. Über den Erfolg spricht er sich jetzt folgendermaßen aus: Fast in der Hälfte der Fälle ist das anatomische und funktionelle Ergebnis so vollkommen, dass man von einer Heilung von Grund aus sprechen kann. In der anderen Hälfte ist das anatomische Ergebnis nicht befriedigend, das funktionelle dafür aber um so besser, recht häufig sogar besser, als bei vollem anatomischen Erfolge. Was das anatomische Verhalten betrifft, so zeigt in vielen Fällen das Röntgenbild eine fast vollkommene Wiederherstellung einer Pfanne; in anderen Fällen erweitert sich diese excentrisch nach oben, erhält aber dort einen guten neuen Rand und Wall für den Schenkelkopf; in wieder anderen Fällen tritt zwar eine Reluxation nach vorn und oben ein, aber der vordere Rand des Os ilei giebt dem Kopfe den knöchernen Halt. Die pathologische Lordose verschwindet, auch bei doppelseitiger Affektion, jedenfalls nach der Operation. — Technische Einzelheiten, welche beide Redner eingehend behandeln, können hier unberührt bleiben.

In seinem »möglichst unparteiisch gehaltenen« Gesammtüberblick greift Kirmisson die von den einzelnen Chirurgen namentlich auf dem deutschen Chirurgenkongresse 1899 rückhaltlos bekannt gegebenen Einzelmisserfolge auf und zieht aus ihnen den allgemeinen Schluss, dass man bei der einzeitig (extemporisé), mehr oder weniger nach dem Schema der traumatischen Luxationen vollzogenen Einrenkung, blutig oder unblutig, bei letzterer aber noch viel weniger, nur selten auf eine vollkommene Heilung von Grund aus rechnen könne (Hoffa hatte gesagt: absolut normale Verhältnisse herzustellen, gelingt nicht), und dass die Frage der Behandlung trotz beträchtlicher Fortschritte in den letzten Jahren noch nicht spruchreif ist. Der Grundfehler der Betrachtung sei das Vorkommen des Umstandes, dass die angeborene Verrenkung durch die Art ihrer schrittweisen Entwicklung sich ganz andere anatomische Verhältnisse schaffe, ein Gesichtspunkt, welchem die »französische« Methode der allmählichen Einrenkung durch Streckeinrichtungen allein gerecht werde. Verlangt muss nur werden, dass das Übel rechtzeitig erkannt werde, um ihm entgegen wirken zu können. Der Kopf darf nicht über den Rubicon der Nélaton'schen Linie, nach welchem Ereignis erst die falsche Wachsthumstendenz für die einzelnen in Betracht kommenden Organe einsetzt. Das kann regelmäßig schon im Alter von 1½—2 Jahren geschehen; einmal konnte K. schon bei einem viermonatlichen Kinde die Diagnose stellen (eine Zeit, welche ja nach Hoffa und Lorenz noch unbenutzt bleiben würde). Die einzig rationelle Behandlung, welche die besten Erfolge, allerdings erst nach Jahren erzielt, und welcher die Zukunft gehört, ist also die Ausziehung des Beines im Streckverbande und das Fixiren des erzielten Erfolges in Gehstützeinrichtungen, wobei das Bein in leichter Abduktion, aber vollständig bewegungslos im Gelenke zum Becken nach dem Schema der Coxitisbehandlung gehalten wird. Kommt man auf diese Art nach Jahren nicht zu einem genügenden Erfolge, dann kommen erst die operativen Maßnahmen in Betracht. (Dauerresultate seiner Methode im Röntgenbilde oder im Präparate zu zeigen, hat der Redner vermieden, wie er auch den »abschreckenden« Statistiken von Hoffa und Lorenz keine eigene gegenüberstellt; er spricht nur von »günstigsten Ergebnissen bei einer großen Anzahl von Fällen«. Ref.)

Aus der Diskussion ergiebt sich, dass Kirmisson mit seiner wenig glimpflichen Beurtheilung besonders der unblutigen Einrenkung ziemlich allein steht.

Fast sämmtliche Redner (Broca und Mouchet (Paris), Froelich (Nancy), Mauclaire und Brun (Paris), Calot (Berck), Piéchaud (Bordeaux), Pierre (Berck) behandeln ausschließlich die unblutige Methode — auf die von Kirmisson sogenannte »französische« Methode wird überhaupt nicht eingegangen —, nur Codivilla (Bologna) und Doyen (Paris) ziehen auch die blutige in Betracht. Doyen lässt sich allein auf die letztere ein, wobei er — wie üblich — seine eigenen Werkzeuge verwendet, zum direkten Fassen und Reponiren des Kopfes einen Löffelhebel, zur stets von ihm vorgenommenen Aushöhlung der Pfanne einen (übrigens von Hoffa selbst gut befundenen) Drehhobel in Form eines Tubus; zur Feststellung des Beines in Abduktion und Innenrotation (bis zum Winkel von 50—60°, zu deren Ausgleich zuweilen nachträglich eine Osteotomia femoris-supracondylica nöthig wird) gebraucht er einen Lagerungsapparat aus Stangen, über welchem der Gipsverband angelegt wird, und dessen Bestandtheile einzeln nachher aus dem Verbande herausgezogen werden. Alle oben genannten übrigen Redner, einer nach dem Anderen, sind warme Anhänger und Vertheidiger der unblutigen Methode, obwohl auch sie zum Theil aus üblen Nebenereignissen kein Hehl machen (Femurfrakturen, Sehnenverkürzungen: Broca und Mouchet, Froelich); schwere Unglücksfälle werden aber nicht berichtet. Das übereinstimmende Urtheil (Broca und Mouchet, Froelich, Mauclaire, Codivilla) geht vielmehr dahin, dass, wenn auch eine wirkliche Reposition nur ausnahmsweise stattfindet (Broca unter 62 Personen nur zweimal!), die erreichte Umlagerung des Kopfes in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle sehr befriedigende bis ausgezeichnete Verhältnisse schaffe (25 : 15, daneben 5 schlechte bei Mädchen von 12—14 Jahren, 7 annehmbare unter 62 Fällen Broca's).

Auch über die Abhängigkeit der Aussichten der Operation von dem Lebensalter, auf welches es fast noch mehr ankommt, als auf die Schwierigkeit der Durchführung, ist man sich einig, über die günstigen Altersgrenzen bestehen nur unwesentliche Abweichungen (Broca $2^1/_2$—6 Jahre, Froelich $1^1/_2$—4 Jahre); die Wichtigkeit der Nachbehandlung wird allerseits betont. Über Röntgenuntersuchungen berichten Broca und Mouchet, Froelich, Calot; vor Anwendung zu großer Gewalt (Schraubenwirkung, von welcher übrigens auch Lorenz abzukommen scheint) warnen insbesondere Broca und Calot. Pathologisch-anatomische Mittheilungen machen Froelich und Codivilla. Der Letztere, welcher als Ursache für die Verlagerung des Kopfes nach oben die Fixation und den Zug der Kopfkapselhülle an der Fossa iliaca gefunden hatte, hat bei 3 mehr als 10 Jahre alten Kindern diesen Theil der Kapsel und das Periost bis zum Rande der Gelenkpfanne abgelöst und mit 3 Nähten Kapsel und Periost gefaltet. Der Erfolg war gut.

Zu der zweiten Tagesordnung: Behandlung der Pott'schen Krankheit vor und nach der Gibbusentwicklung waren 2 Berichterstatter ernannt, Subbotić (Petersburg), welcher aber nicht erschienen war: Behandlung im Beginne und im Entstehungsstadium des Gibbus, und Bradfort (Boston): Behandlung des ausgebildeten Buckels. Der Letztere will zwischen den Maßnahmen unterscheiden 1) zum Zweck der Verbesserung der bestehenden Verkrümmung, 2) denjenigen, welche einen Stillstand der aus der Buckelbildung hervorgehenden Folgeerscheinungen herbeiführen sollen, 3) denjenigen, welche die Vermehrung des Buckels aufhalten sollen, ohne indessen in weiterer Ausführung dieser Gesichtspunkte gesonderte neue Anzeigen für den Einzelfall aufzustellen. Er ist für ein thätiges Eingreifen, mahnt aber zur Vorsicht in der Umformung des Buckels, welche dann ohne große Gefahr zu erreichen sei. Unter Umständen genüge aber auch eine Stützeneinrichtung, ein Gipskorsett, Schienenapparat, zu dessen Anlegung eine Betäubung ganz überflüssig sei.

Für die Diskussion wird eine Trennung nach den beiden Stadien der Krankheit (Kirmisson) nicht beliebt.

P. Redard und Bezançon (Paris) haben die Geradestellung der Wirbelsäule an mehr als 120 Kranken mittels Kurbelschraubenzug an Armen und Beinen ausgeführt, Fixation im Gipskorsett, event. mit Minerva. Als üble Folge wurde nur

einmal eine vorübergehende Lähmung beobachtet. Gegenanzeigen sind kalte Eiterungen, Thoraxdeformationen, Allgemeinerkrankungen. Als Enderfolg zeigt sich, dass bei Spondylitis im Beginne die gerade Stellung bestehen bleiben kann, die ausgiebigeren Buckel durch große kompensirende Umkrümmungen mehr oder weniger ausgeglichen werden. Konsolidation im Bezirke des tuberkulösen Herdes kann gelegentlich erreicht werden, ist aber nicht beständig. Auf 60 in Betracht zu ziehende Fälle kommen 14 vollkommene, 29 ziemlich gute, 18 mittelmäßige Erfolge, 4 Todesfälle an späterer Allgemeininfektion. Schlussurtheil: die Geradestellung wirkt ausgezeichnet im Beginne der Buckelbildung.

Broca und Mouchet (Paris) haben von 55 länger als 2 Jahre beobachteten Spondylitiden ohne blutige Voroperation mit gewaltsamer Geraderichtung nach der ursprünglichen Calot'schen Methode, ohne größeren direkten Druck, 46 behandelt, die übrigen mit Einlagerung in Gips in der Sayre'schen Aufhängung unter Chloroformanwendung. Ausgeschlossen wurden die Cervicalspondylitiden, die Fälle mit Kongestionsabcess, mit Kachexie etc. und die zu (über 1 Jahr) alten Gibbositäten; Form und Ausdehnung des Buckels waren für die Auswahl weniger maßgebend. Lähmungen wurden sogar gern zur Behandlung mitgenommen. Bei der Anwendung der Narkose sind bei über 100 Fällen bedrohlichere Erscheinungen kaum aufgetreten, das Aufhängen der Kinder an den Beinen erschwert unnöthig das Anlegen des Gipskorsetts. Die Nachbehandlung erfordert mindestens 1 Jahr langes Horizontalliegen im Gipsverbande. In 10 Fällen gelang das Geraderichten des Buckels überhaupt nicht. Nach all ihren Beobachtungen sind die Redner bezüglich des Calot'schen Verfahrens zu der Meinung gekommen, dass 1) das Wesentliche und Wirksame an ihm die Anwendung des Chloroforms und die Erzielung vollkommener Muskelerschlaffung in der Sayre'schen Position und während der Feststellung im Gipsverbande ist, nicht das direkte Zurechtdrücken des Buckels, auch nicht bei den frischen Gibbositäten; auch die in 3 Fällen beobachtete Besserung der Lähmung ist, wenn überhaupt kein zufälliges Zusammentreffen vorliegt, mehr auf jenen Faktor zu beziehen; 2) dass in keinem Falle es zu einer wirklichen Konsolidirung der zurecht gezogenen und gedrückten Wirbelsäule kommt; die vorn aufgerissene Knochenlücke wird nicht durch Verschmelzung der hinteren Wirbelbogen überbrückt. So hält selbst die anscheinend vollkommene Ausgleichung des Buckels leider nicht lange vor, zumal da wegen des fast unvermeidbaren Druckbrandes der anliegende Gipsverband ausgeschnitten und geräumiger gemacht werden muss. Aus diesem Grunde kann man auch von vorn herein nicht nach Lorenz-Wolff in Erwartung des Decubitus Raum im Gipsverbande lassen, weil die Knochen nachgeben. Danach wäre also das Problem der Buckelbehandlung weit davon entfernt, gelöst zu sein.

Ducroquet (Paris) glaubt bei den Spondylitiden in den unteren Abschnitten der Wirbelsäule eine Konsolidation der auf einander gesackten und verschmolzenen hinteren Bogen auch im Röntgenbilde gesehen zu haben.

Phocas (Lille) zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die gewaltsame Zurechtdrückung der Wirbelsäule als allgemeines Verfahren zu verwerfen sei; im Beginne der Buckelbildung kann allerdings ein sehr vorsichtiger Versuch gerechtfertigt sein, im Übrigen ist Immobilisirung in Rückenlage immer noch das Beste.

Kirmisson (Paris) will nur von der Behandlung der Spondylitis vor der Buckelbildung sprechen. Die wesentlichste Bedingung der absoluten Ruhe wird nur in der Immobilisirung in der Horizontallage erfüllt, sei es in Bonnet'scher, von ihm passend gegliederter Lade, oder im Gipsbett, welches auch die Beine festhält und zur Ruhe zwingt, unter Hinzufügung der dauernden Streckung. Das Gehen wird erst nach 1—$1^1/_2$ Jahren mit Stützapparat aus Gips, Leder o. dgl. erlaubt.

Calot (Berck): Bei der Behandlung der Spondylitis kommen 2 Dinge in Frage. Die Wirbelsäule muss fixirt werden, sei es durch Horizontallagerungsapparate oder durch Gehstützapparate, welche jetzt vollkommener als früher her-

gestellt werden — darüber besteht kein Zweifel; streiten kann man nur darüber, in welcher Stellung des Kindes diese Apparate angelegt werden sollen. Vorher wird man aber jedenfalls 2) der Wirbelsäule eine gute Stellung geben wollen. Nach Calot'schen Regeln ausgeführt ist dies ungefährlich und leicht. Damit ist die Möglichkeit gegeben, die Wirbelsäule besser zu entlasten, die Vergrößerung des Buckels aufzuhalten und mehr oder weniger, je nach Umständen, ihn auch zu beseitigen. Was können wir heute zur Behandlung der Spondylitis thun? 1) Man kann die Spondylitis im Anfangsstadium ohne Abscess, ohne Lähmung, ohne Gibbus spurlos ausheilen und mittels Eingipsung, wenn auch nicht den Abscess, wohl aber Lähmung und Buckelbildung verhindern; 2) Spondylitis mit Abscess heilen ohne blutigen Eingriff; 3) eben so die Lähmung, wobei Operation kontraindicirt ist. 4) Bei Spondylitis mit Neigung zur Buckelbildung können wir a) den letzteren verhindern, b) ihn ausgleichen, wenn er nicht zu alt und zu umfangreich ist, c) seiner Verschlimmerung Einhalt thun, wenn er nicht ganz beseitigt werden kann, oder wenn die Angehörigen sich damit zufrieden geben, dass die Wirbelsäule wenigstens nicht weiter zusammensinkt. Jedenfalls hat man heute mit dem alten Standpunkte des Geschehenlassens zu brechen und man hat die Pflicht, unausgesetzt und beharrlich gegen das Übel anzukämpfen. Der Erfolg wird häufig weit von Vollkommenheit entfernt sein, zumal bei alten Gibbositäten, zuweilen wird sich die angewandte Mühe kaum lohnen, aber im Durchschnitt bedeuten die heutigen Erfolge einen unvergleichlichen Fortschritt gegen früher.

Villemin (Paris) muss auf Grund eines Todesfalles bei der einfachen Sayre'schen Aufhängung durch Einbruch von Eiter in die Pleura schon allein diese unter Umständen für gefährlich erklären.

Chipault (Paris): Dass die meisten heute berichteten Erfolge so mäßig lauten, liegt lediglich an der Lauheit und der fehlerhaften Technik, mit welcher die Chirurgen zu Werke gingen. Die einzig wirksame Behandlung, welche die einstimmig anerkannte Indikation: Immobilisation in guter Stellung, gewährleistet, ist die vom Redner geübte: Aufhängung an den Beinen, event. wenn der Gibbus nicht dadurch schon und durch Druck unter Chloroform verschwindet, vorhergehende solide operative Vereinigung — Ligatur — der Process. spinosi oder Wirbelbögen und Fixation in besonders weit umgreifendem Gipskorsett. Hinter dieser Therapie müssen alle mechanisch-orthopädischen Maßnahmen einfach von der Tagesordnung verschwinden.

Piéchaud (Bordeaux) stellt aus den heutigen Ausführungen die einstimmige Verurtheilung der gewaltsamen Eindrückung des Buckels fest. Aber auch Gipsverbände und Bonnet'sche Lade verstoßen gegen die Grundregeln der Hygiene. Die wesentliche Therapie der Spondylitis ist gegeben durch einfache Horizontallagerung auf hartem Bette mit einem weichen Korsett, welches den Kranken ruhig hält und der Sauberkeit genügend Raum giebt unter leichter Streckung.

Zum dritten Thema: Behandlungsanzeigen bei der Appendicitis war die Berichterstattung übertragen Treves (London), dessen Vortrag ausfiel, Roux (Lausanne) und Jalaguier (Paris).

Roux verlangt für die ersten Stunden Ruhe, absolute Diät, gegen den Durst tropfenweise Flüssigkeit auf die Zunge, »mikroskopische« Salzwasserklysmata, subkutane Seruminjektionen, Opium per anum, event. Morphium, vorsichtige Anwendung von Eis, event. lauwarme Wickel. Dringendstes Gebot ist zu wissen, was man nicht thun darf. Abführmittel sind nicht nur in der kritischen Zeit, sondern auch in der Rekonvalescenz verboten, höchstens sind Klysmata erlaubt, welche nicht über die Ampulle hinauf gehen. Jeder Transport ist untersagt. Zur Würdigung der Operation steht der Satz voran: Im Ruhestadium (»à froid«) ausgeführt nach dem ersten ausgesprochenen Anfalle, aber auch schon bei den sogenannten Koliken des Wurmfortsatzes, wobei derselbe druckempfindlich ist, vermindert sie die Zahl der Appendicitiden um 75%. Im Anfalle selbst (»à chaud«) muss die operative Indikation sehr abgewogen werden. Redner will 3 Zeiten unterscheiden. Findet sich der Chirurg einem einwandsfrei diagnosticirten Falle in den ersten 24—36 Stunden

gegenüber, so ist sie nicht gefährlicher, als im Ruhezustande, und man wird sie »bei idealen Verhältnissen der Umgebung und des Operateurs« versuchen dürfen, um so eher, da der Pat. durch den vorangegangenen Anfall gewitzigt ist. Aber praktisch wird ein so frühes Zusammentreffen sehr selten vorkommen. In der zweiten »intermediären« Periode, wo schon die äußeren Zeichen ominös sind und von der Operation abhalten sollten, würde dieselbe unter eben so ungünstigen Verhältnissen vor sich gehen, wie die Verhältnisse in der ersten Periode die Operationen erleichtern, und sie würde unter 10 Fällen 9mal den Pat. einer Gefahr aussetzen außer Verhältnis zur Schwere seines Leidens. Vom 4. bis 5. Tage, in der Periode der relativen Beruhigung und örtlichen Begrenzung, wird man immer irgend wo ein palpables Exsudat finden können. Man kann es entweder der Spontanresorption überlassen und die Operation à froid erwarten, oder die Erscheinungen (weiter sich fortziehendes oder neues Fieber, Schmerz, Vergrößerung des Exsudates, rapider Puls, namentlich im Missverhältnis zur Temperatur, schlechtes Aussehen, Apathie) werden dringender und rechtfertigen die Operation. Überhaupt ist der undefinirbare »schlechte Eindruck« der Pat. für den Kundigen eine hinreichende Anzeige zur Operation. Aus den Urinverhältnissen und Leukocytose lassen sich keine Schlüsse ziehen; kommt die Urinabsonderung reichlich in Gang, so ist es ein günstiges Zeichen. Die Operation à chaud soll dem Abscess gelten, der Wurmfortsatz kann daneben, wenn es sich leicht macht, entfernt werden, sonst gehört dazu, dass die Dinge erst wieder ganz zur Ruhe kommen (à froid). »Nach diesen Grundsätzen wird man einige seltnere septische Appendicitiden sterben lassen, aber vermindert wird das Tödten einer viel größeren Zahl.«

Auch Jalaguier (Paris) verwirft grundsätzlich, was die Indikation zur Operation betrifft, die verführerische und bequeme Lehre, dass bei gestellter Diagnose systematisch frühzeitig operirt werden soll. Erfahrungsgemäß führen solche Anfälle, so behandelt, wie es auch Roux thut, im Allgemeinen zu örtlicher Begrenzung und Selbstlösung. Jedes Eingreifen würde diesen natürlichen Vorgang nur stören und das Vermögen des Organismus, seiner Herr zu werden, nur beeinträchtigen. In schweren Fällen vermehrt die Operation den Collaps, und den mittelschweren Fällen, wo sie ja meist »auch« zur Heilung führen kann, stehen wiederum anscheinend leichte Fälle gegenüber, wo durch sie plötzlich die unheilvolle Wendung herbeigeführt wird, indem sie der Leber und der Niere ihre ausscheidenden Funktionen nimmt. Das sind die Fälle, wo sich in der Appendicitis eine Allgemeininfektion ausspricht. Nebenbei läuft man bei der Frühoperation Gefahr, statt einer Appendicitis einen Fall von Typhus, Influenza, Enterocolitis, selbst einfache Leber- oder Nierenkoliken mit der Operation zu beglücken. Allerdings wird man auch die nicht häufigen Fälle zu kennen haben — abgesehen von denjenigen mit subakutem, verschlepptem Verlaufe mit immer neuen Nachschüben —, wo die Operation sich im akuten Stadium nicht vermeiden lässt, bei gewissen allgemeinen Peritonitiden, großen oder umschriebenen Absackungen von Eiter, welcher nicht zur Resorption gelangen kann. Bei septischer Allgemeininfektion mit und ohne Peritonitis wirkt die Operation fast tödtend, dagegen erweisen sich ziemlich häufig Massenseruminjektionen selbst bei anscheinend hoffnungslosen Fällen rettend. — Auch bezüglich der Ausführung der Operation steht J. auf dem Standpunkte, dass die Resektion des Wurmfortsatzes grundsätzlich nicht in erster Linie Zweck sein soll. Die Anlage des Schnittes richtet sich nach der Lage des Abscesses, seitlich für die nicht anders wo umschriebenen Peritonitiden, sonst in der Leber-, Lumbalgegend etc. So zurückhaltend der Redner mit der Operation à chaud ist, so energisch verlangt er sie in Gestalt der Resektion, unter Mitberücksichtigung der Komplikationen, Verwachsungen u. dgl., nach abgelaufener Entzündung schon nach dem ersten Anfalle, wenn nur die geringste Empfindlichkeit, Resistenz zurückbleibt, bei der chronischen Appendicitis unter dem Bilde der Dyspepsie etc. Für diese Behandlung ist einzig höheres Alter und große Kachexie eine Kontraindikation. Schwangerschaft verändert die Anzeigen für die Operation à froid und à chaud in keiner Weise.

Von den folgenden Rednern geben Reynier (Paris) und Duret (Lille) den an sich ja übereinstimmenden Berichterstattern vollkommen Recht, der Erstere

unter dem Eindrucke von Nackenschlägen in Folge der Primäroperation, zugleich mit dem Rathe, den ganzen Leib, nicht nur den Blinddarmbezirk unter Eisbedeckung zu halten.

Duret möchte freilich die Frage: Operation oder nicht? im akuten Stadium nicht zu systematisch beantworten. Komplikationen, wie Leberabcesse, Empyeme o. dgl. können nur durch Frühoperation vermieden werden.

Neben diesen 3 Haupttagesordnungen kommen noch eine Reihe von »Communications«, welche meist Kasuistik und Demonstrationen behandeln, so die breite Tarsektomie von Championnière bei angeborenem und erworbenem Klumpfuß, die Behandlung von Abscessen, speciell tuberkulösen, mit Jodoformchloräthylinjektionen nach Coudray (Paris), Vorstellung eines Kindes mit angeborenem Mangel beider Schienbeine durch Lannois (Paris), Muskelpfropfung und Sehnenüberpflanzung bei paralytischem Klumpfuß durch Alessandri etc. Zur Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmung spricht Chipault (Paris) über sein Verfahren zur Geraderichtung mit künstlicher Feststellung in guter Haltung, bis dieselbe von selbst und endgültig bestehen bleibt.

Auf Grund hundertfältiger Erfahrung verwirft er grundsätzlich alle orthopädischen Apparate; sie sind plump, schnüren, aber stützen nicht, nützen nie und schaden häufig. Er behandelt die Skoliosen im Wachsthumsalter in leichteren Fällen ohne oder mit geringer Thoraxdeformität mit langen Gipskorsetts, welche in Suspension, die Füße nach oben, angelegt und entweder sofort abnehmbar eingerichtet werden, um täglich eine Stunde lang allgemein hygienischer oder Massagebehandlung Raum zu geben, oder welche erst 3 Monate lang fest liegen bleiben, um dann wie in jenen leichteren Fällen behandelt zu werden. Später wird ein gewöhnliches Korsett auf Modell gearbeitet. In den schweren Fällen mit ausgesprochener Thoraxdeformität beginnt erst ein Vorbereitungsstadium zum Zwecke der Reduktion. Die Wirbelsäule wird auf seinem Tische mit schiefen Platten (Collin), dann mit manueller Modellirung biegsam gemacht. Ist ein merklicher Erfolg erzielt, wird in Suspension — Kopf nach oben — mit Hilfe eines vertikalen Detorsionsapparates mit beweglichen Platten (Chazal) ein Gipskorsett über diese Platten angelegt, welches alle 2—3 Wochen durch ein gleiches und eben so angelegtes ersetzt wird bis zum vollen Ausgleiche der Krümmung nach 3—6 Monaten. Dann einfaches Stützkorsett — Kopf nach unten —, welches alle halbe Jahre erneuert wird. Nach 2 Jahren abnehmbares Korsett, um die immobilisirte Wirbelsäule noch der Massage unterwerfen zu können. Geht es gar nicht anders, dann direkte Fixation der Dornfortsätze mittels Ligatur oder mit Krallenapparaten. »Die Behandlung ist nicht eher zu Ende, bis die pathologische Ankylose, die durch die ersten Manipulationen gebrochen ist, ersetzt ist durch eine therapeutische Ankylose in guter, solider und biegsamer Haltung.« Die Kinderskoliose wird im akuten, fieberhaften Stadium mit festem Gipskorsett (Suspension: Kopf nach unten) behandelt, welches die Schmerzen sofort benimmt. In 5—6 Monaten Heilung. Im chronischen Stadium mit Ankylose in schlechter Haltung ist die Behandlung wie in den schweren Fällen des Wachsthumsalters, nur verlangt die noch höhere Neigung zu Rückschlägen eine noch sorgfältigere Ueberwachung. Das allgemeine Befinden ist das beste Kriterium für die Wirksamkeit der Behandlung; verschlechtert es sich, so ist dies ein Zeichen, dass man einen Fehler gemacht hat.

Meucière (Reims) giebt einen Beitrag zur gewaltsamen, in einzelnen Absätzen vorgenommenen Geraderichtung der verkrümmten Wirbelsäule. Skiagramme zeigen, dass die Hauptveränderungen sich lange Zeit in den Bandscheiben allein abspielen, welche auf der einen Seite atrophiren und sich abschrägen, während die Wirbelkörper noch lange unversehrt bleiben. M.'s Manipulationen mittels eigener Maschinerien mit Dynamometer etc., in Zwischenräumen von 3—4 Monaten, zielen darauf, die veränderten Bandscheiben umzugestalten und dadurch die Wirbelsäule gerade zu richten. Das jedesmalige Ergebnis der Sitzung wird durch eigene Apparate festgehalten. Regel ist aber, dass man nur frische Fälle mit nicht zu

starker Ankylose dem Verfahren unterwirft; in alten Fällen modificirt man nur die kompensirenden Krümmungen.

Über das Verhalten der äußeren Tuberkulosen in Seehospizen spricht Ménard (Berck): Die Seeluft hat keine specifische Wirkung auf die Tuberkulose, sie ist nur ein sehr kräftiger Reiz für die respiratorische und digestive Thätigkeit des Organismus, bei welchem z. B. die Drüsen zunächst sogar noch aufschwellen können. Die freigeathmete Strandluft ist dabei der mächtigste Faktor, wie man an dem Unterschiede des Verhaltens bei frei Promenirenden und an das Zimmer Gefesselten (offene Tuberkulosen, Coxitis, Spondylitis) sieht. Diese besseren hygienischen Allgemeinbedingungen lassen auch eine ganz andere Behandlungsweise, als in der Großstadt, angezeigt erscheinen. Die Coxitis z. B. ohne Abcess wird ohne Operation behandelt, die Abscesse nur mit Injektionen; heilt der Abcess dabei nicht aus, aseptische Resektion mit sofortigem vollkommenen Nahtverschluss; bei fieberhafter Fistelbildung ebenfalls sofort Resektion, damit der Kranke nicht erst herunterkommt.

C. Leveret giebt eine Statistik über die vorzüglichen und dauerhaften Erfolge im Seehospiz, wenn die Kinder vor dem Stadium der Eiterung und Kachexie dorthin gebracht werden. Von 95 geheilt entlassenen Kindern sind nach 10 Jahren 70 geheilt befunden worden, 14 sind dem Leiden wieder verfallen, 11 gestorben.

Hermann Frank (Berlin).

---

20) **W. Anschütz.** Ein Beitrag zur Lehre von der Jodoformvergiftung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Jodoformvergiftung, der desshalb ein besonderes Interesse verdienen dürfte, als sich neben den Zeichen einer Jodoformwirkung ganz ungewöhnlicherweise ein perakuter, äußerst schwerer Jodismus eingestellt hatte. Es handelte sich um einen Phthisiker mit kaltem spondylitischem Abscesse. 2mal waren Injektionen von 80 resp. 90 ccm Jodoformglycerin schadlos ertragen worden; eine 3. Injektion von 95 ccm (nach längerer Pause) führte zur Vergiftung. In den ersten Tagen wurde nur Erbrechen, Steigerung der Temperatur und Pulsfrequenz beobachtet, vom 9. Tage an stellte sich eine zunehmende Apathie, Steigerung der Sehnenreflexe, alsdann eine Jodakne, Jodschnupfen, Stomatitis und Conjunctivitis ein. Der Tod erfolgte am 11. Tage in tiefem Koma. Da ähnliche Dosen von Jodoformglycerin sonst ungestraft injicirt werden dürfen und auch von diesem Pat. früher gut ertragen worden waren, so sieht Verf. die prädisponirende Ursache der Vergiftung darin, dass die Widerstandsfähigkeit des Körpers nicht nur durch die Knochen- und Gelenktuberkulose, sondern auch eine bei der Sektion gefundene Verkäsung beider Nebennieren herabgesetzt war.

Honsell (Tübingen).

21) **C. Rothschild.** Über Myositis ossificans traumatica.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Verf. giebt eine übersichtliche Darstellung des pathologischen und klinischen Bildes so wie der Therapie der Myositis ossificans traumatica, stellt die bisherige Kasuistik (25 Fälle) zusammen und fügt denselben 2 neue Beobachtungen aus dem Frankfurter städtischen Krankenhause zu.

1) 38jähriger Mann. In der Muskulatur der Beugeseite des Vorderarmes eine mit derselben fest verwachsene, gegen den Knochen nicht verschiebliche harte Geschwulst (Verknöcherung des Brachialis internus). Abmeißelung derselben vom Humerus nach Durchtrennung der verknöcherten Sehne. Heilung mit gutem funktionellen Resultat.

2) 45jähriger Mann. Knochenharte Geschwulst vom Fersenbein entspringend und nach oben gegen die Beugemuskulatur des Fußes verlaufend (Verknöcherung der Achillessehne). Abmeißelung vom Knochen unter Schonung des Sehnenrestes. Gute Heilung.

Beide Male hatte sich die Verknöcherung nach einer Überfahrung im Verlaufe eines Vierteljahres herangebildet. Die Bildung des Knochens zeigte nach dem mikroskopischen Befunde im 1. Falle den periostalen, im 2. den endochondralen Typus. **Honsell** (Tübingen).

22) **Wolff.** Mittelbarer Zusammenhang zwischen Augenverletzung und tödlicher Hirnhautentzündung.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 13.)

Einem 23jährigen Schlosser drang ein Stahlsplitter in das linke Auge, der nicht entfernt werden konnte. Nach ca. $1^1/_2$ Jahre musste das Auge dauernder Reizzustände wegen herausgenommen werden. Hiernach bestand eine andauernde eitrige Sekretion in der linken Augenhöhle. Etwa $^1/_2$ Jahr später erkrankte der junge Mann unter dem klinischen Bilde der Hirnhautentzündung und starb.

Verf. bringt die Entstehung der Hirnhautentzündung in mittelbaren Zusammenhang mit der ursprünglichen Augenverletzung, indem er auf eine Überwanderung von Eitererregern von der chronisch eitrig entzündeten linken Augenhöhle durch kommunicirende Lymphräume nach der Gehirnhaut hinweist.

Motz (Hannover).

23) **Krause.** Vorstellung eines Falles von durch Operation geheilter Epilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Die jetzt 22jährige Pat. hatte in ihrem 2. Lebensjahre eine Gehirnentzündung durchgemacht. Im 4. Lebensjahre traten Krämpfe in der linken Körperseite auf, die entweder auf dieselbe beschränkt blieben oder auf den ganzen Körper übergingen. Bei der Aufnahme im Jahre 1893 zeigte sich der linke Arm atrophisch, die Bewegungen der linken Hand ataktisch, die rechte Kopfhälfte bei Beklopfen schmerzhaft. Keine Stauungspapille. Pat. macht den Eindruck einer Blödsinnigen. Operation mit Bildung eines großen Wagner'schen Lappens an der rechten Kopfseite, Entleerung einer 300 ccm Flüssigkeit enthaltenden encephalitischen Cyste. Nach anfänglicher Besserung, der eine kurze Verschlechterung folgte, ist Pat. jetzt seit $6^1/_4$ Jahren frei von Anfällen, macht den Eindruck einer geistig normalen Person. **Borchard** (Posen).

24) **Schede.** Zwei Fälle von Kleinhirntumoren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 30.)

Wenn auch bei Vorhandensein aller charakteristischen Symptome (Kopfschmerz, Stauungspapille, Sehnervenatrophie, cerebellare Ataxie) die Diagnose auf Kleinhirngeschwulst gesichert ist, so ist doch kein einziges sicheres Zeichen vorhanden, auf welcher Seite sich die Geschwulst befindet. Auch das Schwanken nach der ihr entgegengesetzten Seite ist nicht immer sicher. In dem 1. der mitgetheilten Fälle, bei dem die Geschwulst entfernt werden konnte und völlige Heilung eintrat, fand sich die Geschwulst auf der gleichnamigen Seite. Im 2. Falle wurde eine Cyste entleert (wahrscheinlich Cystosarkom). Bei der Operation Schnitt von der Gegend hinter dem Proc. mastoideus längs der Linea semicircularis bis zur Spina occipitalis, Abpräpariren der Weichtheile bis in die Gegend des Hinterhauptsloches; dasselbe Verfahren auch auf der anderen Seite. Trepanation, Ablösung des Sinus mit dem Raspatorium, Abmeißelung der mittleren Knochenspange. Dadurch erlangt man eine deutliche Übersicht. Die Operation wurde am steil sitzenden, vornüber gebeugten Pat. gemacht und dadurch viel Blut gespart.

Borchard (Posen).

25) **G. Gläser.** Erfahrungen über 57 Eröffnungen des Warzenfortsatzes bei Mittelohreiterungen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1900.

Der Dissertation liegen 57 Fälle zu Grunde, die innerhalb eines Zeitraumes von 6 Jahren theils in der Breslauer chirurg. Klinik, theils auf der nur 1 Jahr

bestanden habenden ohrenärztlichen Abtheilung, theils ambulant behandelt waren. Auffallend und nicht genügend motivirt erscheint es, dass unter die 34 Fälle akuter Eiterungen auch 22 Fälle unter dem gemeinsamen Titel »verschleppte akute und chronische recidivirende Eiterungen« einbegriffen werden. Wenn, wie z. B. in dem Falle 16, seit 10 Jahren mit Intermissionen eine Eiterung besteht, die schließlich zur Operation nöthigt, so gehört sie eben ohne Weiteres unter die chronischen Eiterungen. Von diesen wurden 16 beobachtet, von denen 2 als desquamative bezeichnet, 3 — allerdings ohne zwingenden objektiven Befund — als tuberkulöse gedeutet wurden. Dass die desquamative Form der chronischen Eiterung so selten beobachtet wurde, findet seine Erklärung darin, dass 7 wahre Cholesteatome diagnosticirt wurden, welche nach den leider nur zu kurz mitgetheilten Krankengeschichten von Anderen wohl glatt mit zu jener Art chronischer Eiterung gerechnet wären; denn bei allen bestand eine langdauernde Eiterung, die ganz primär in dem Habermann'schen Sinne erst die Anhäufung cholesteatöser Massen herbeigeführt haben dürfte. — Die Erfolge sind nicht glänzend gewesen: abgesehen von den 12 ganz frischen Otitiden, von denen 9 geheilt wurden, sind unter den übrigen 45 Fällen nur etwa 13 Heilungen zu verzeichnen. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitte 10 Wochen, im Maximum 10 Monate. Außerdem 7 Todesfälle. Unter den Komplikationen finden sich keine hervorzuhebenden Besonderheiten; eben so wenig bei den Operationsmethoden, wenn man nicht als eines seltenen Vorkommnisses des Umstandes gedenken will, dass in einem Falle von Aufmeißelung eines akut erkrankten Warzenfortsatzes (p. 9, Fall 12) »unglücklicherweise beim Ausschaben auch der Amboß mitgenommen wurde«.

G. Zimmermann (Dresden).

26) H. v. Bonsdorff. Spondylitis traumatica. Traumatisk kyfos med puckelbildning.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 191.)

Verf. theilt 2 neue, von ihm beobachtete Fälle von der oben genannten, bisher vielfach verkannten Krankheit mit. Der erste betraf einen 25jährigen Arbeiter, der am 8. Juli 1898 im Boote unter einer niedrigen Brücke hinfuhr, wobei eine Welle ihn in die Höhe hob, so dass sein Körper gewaltsam vorwärts gebogen wurde. Am 19. März 1899 konstatirte Verf. eine Kyphose, welche mit besonderer Hervorragung des 12. Rücken- und des 1. und 2. Lendenwirbels die entsprechende Partie der Wirbelsäule einnahm. Pat. behauptete, dass die Kyphose sich einige Zeit nach dem Unfalle gebildet hatte.

Der 2. Fall war ein 19jähriger Jüngling, welcher im December 1897 auf den Rücken gegen die scharfe Kante eines Eisstückes fiel. Im nachfolgenden Sommer empfand er Schmerzen im Rücken, die aber als rheumatoide gedeutet wurden. Am 5. Januar 1900 fand Verf. eine Hervorwölbung des Rückens, welche den 8. bis 11. Dorsalwirbel umfasste; besonders ragte der 10. Wirbel hervor.

Beide Fälle wurden in der gewöhnlichen Weise mit Immobilisation (Sayre's Bandage, Hessing's Korsett) behandelt.

In der Epikrise erörtert Verf. unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Pathogenese, Symptomatologie und Therapie dieses Leidens mit besonderer Hervorhebung der eminenten Bedeutung der richtigen Diagnose solcher Fälle in der Unfallpraxis.

Hansson (Cimbrishamn).

27) Höftmann. Heilung einer Paraplegie nach Resektion von 4 Wirbelbögen und Auslöffelung eines tuberkulösen Abscesses.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 31.)

9jähriges Mädchen, seit einem halben Jahre mit Stützkorsetten behandelt, bekam im Juli 1899 totale Lähmung der Unterextremitäten, Parese der Blase und des Mastdarmes.

Extension, Gipskorsett ohne Erfolg. Resektion des 3.—6. Rückenwirbelbogens. Stumpfe Herausnahme des Rückenmarkes mit dem Elevatorium. Es zeigte sich vorn ein großer, käsiger, mit Knochenbröckeln durchsetzter Abscess. Auslöffelung,

so dass die Gegend des 3., 4. und 5. Wirbelkörpers ausgeräumt wurde. Fieberloser Verlauf. Gesichtslähmung besserte sich am 3. Tage, Blasen- und Mastdarmlähmung war in ca. 4 Wochen verschwunden. Am 10. Februar 1900 konnte das Kind ohne Stock im Gipskorsette gehen. **Borchard** (Posen).

28) **Braun** (Göttingen). Laminektomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Bei einem 18jährigen Mädchen, bei dem sich vor 2 Jahren ein Pott'scher Buckel gebildet hatte, war seit einem halben Jahre eine vollständige Lähmung der unteren Extremitäten mit heftigen tonischen Krämpfen der Beine und Steigerung der Sehnenreflexe eingetreten. Entfernung der Proc. spinos. und hinteren Bogen des 5., 6., 7. Rückenwirbels. Im Wirbelsäulenkanal und am Rückenmarke war nichts Besonderes zu finden. Wenige Tage nach der Operation stellte sich Beweglichkeit an der Zehe ein, der allmählich eine solche der Beine folgte.

Borchard (Posen).

29) **Z. v. Lénárt.** Thiersch'sche Transplantation auf die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.

(Pester med.-chir. Presse 1900. No. 19.)

Bei einer Kehlkopfstenose eines 24jährigen Mannes, welche, wie durch Probeexcision nachgewiesen worden war, durch multiple Kehlkopf- und Luftröhrenpapillome verursacht wurde, wird nach tiefer Tracheotomie und Tamponade der Luftröhre die Spaltung dieser und des Kehlkopfes bis zum 7. Ringe vorgenommen. Von diesem bis unter die wahren Stimmbänder zog sich ein spiraliger Streifen dieser Wucherungen. Die ganze Schleimhaut dieses Rohrabschnittes wurde entfernt, und in derselben Sitzung die Wundfläche mit Epidermisläppchen bedeckt. (Die Aufschrift sollte daher wohl richtig heißen auf die Innenwand des Kehlkopfes etc. Ref.)

Die Transplantation gelang völlig. Ob der Erfolg von Dauer war, geht aus der Mittheilung nicht hervor. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

30) **Mc Williams** (New York). Statistics of one hundred cases of cancer of the breast and the results of operation.

(Med. news 1900. April 28.)

Von 1889—1899 wurden im Presbyterian Hospital zu New York 100 Fälle von Brustkrebs operativ behandelt. Als Ursache wurde ein Trauma in 44,6% angegeben. Verheirathet waren 74% der Frauen. 66,6% hatten Kinder geboren. Die Geschwulst verursachte nur in 56,2% der Fälle geringe Schmerzen. Die Brustwarze war in 45,2% eingezogen. Die rechte Brust war 51mal, die linke 49mal betroffen. Achseldrüsen waren in 48,9% fühlbar, mikroskopisch wurde aber in 78,6% Krebs darin nachgewiesen. Das Durchschnittsalter war 49 Jahre 6 Monate 26 Tage.

Bei der Operation wurde stets die Haut in großer Ausdehnung entfernt. Die Exstirpation wurde dann in der Achsel begonnen. Es wurde auf untergeschobenem Finger die Sehne des Pectoralis major durchschnitten, dann der Pectoralis minor aufgesucht und eben so durchtrennt. Beide Muskeln werden dann nach der Brust zu zurückgeschlagen und in Verbindung mit dem Fette der Achsel und der Brustdrüse entfernt.

Die Sterblichkeit bei der Operation betrug 4%, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhause 20 Tage. Länger als 3 Jahre blieben frei von Rückfällen 34%, die Rückfälle traten außer zweien in den beiden ersten Jahren auf. In 15 Fällen kam es zu örtlichem Recidiv. Die durchschnittliche Lebensdauer bei den recidivirenden Fällen von der Operation bis zum Tode betrug 1 Jahr 2 Monate 20 Tage. Die durchschnittliche Dauer vom Eintritte des Recidives bis zum Tode betrug 5 Monate. **Strauch** (Braunschweig).

31) A. E. Barker. The expectancy of life in cases of cancer of the breast.

(Lancet 1900. September 8.)

Verf. berichtet über die sorgfältig gesammelten Nachgeschichten von 100 Fällen von ihm ausgeführter Mammaamputation. Davon ist in 86 Fällen wegen unzweifelhaft bösartiger Neubildung operirt worden.

Von diesen sind 5 an den direkten oder indirekten Folgen der Operation gestorben, theilweise jedoch schon in voraseptischer Zeit.

52 sind von dieser Zahl in Zwischenräumen von 2 Monaten bis 7 Jahren gestorben; fast durchgehends an Recidiven; freilich handelte es sich nur in 7% um lokale Recidive; sonst um Metastasen in inneren Organen. Von diesen 52 lebten 29,9% über 3 Jahre nach der Operation.

Unter 20 noch lebenden Pat. — eine 14 Jahre nach der Operation — hatten 75% diese 3 Jahre hinter sich. 9 Pat. konnten nicht genügend verfolgt werden.

Die zusammengestellte Tabelle aller 86 Fälle ergiebt also, dass nach der Operation lebten:

über	13 Jahre	1	Fall
»	10 »	1	»
»	8 »	2	»
«	7 »	2	»
»	6 »	6	»
»	5 »	2	»
»	4 »	5	»
»	3 »	10	»
»	2 »	1	»
»	1 »	16	»
»	1 Monat	10	»
	zusammen	72	Fälle
	nicht verfolgte	9	»
	an der Operation gestorben	5	»
	zusammen	86	Fälle

14 oder 16,2% lebten also über 5 Jahre und 29 oder 33,7% über 3 Jahre nach der Operation. Trotzdem starben noch 26,9% an Recidiven nach diesen 3 Jahren.

Sonach ergiebt sich aus dieser Statistik die von B. näher begründete Hoffnung, dass wir heute die Prognose des radikal operirten Mammacarcinoms als eine günstige zu betrachten haben. **F. Kraemer** (Berlin).

32) B. Hoehne. Zur Kenntnis der Tubo-Parovarialcysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über einen eigenthümlichen Fall von Tubo-Parovarialcyste aus der Garrè'schen Klinik. Das Präparat wurde durch Laparotomie bei einer 33-jährigen Nullipara gewonnen. Es bestand aus einer großen, an Stelle des Eierstockes gelegenen, einkammerigen Cyste, die sich als Ovarialcyste erwies, dann aus der in einen apfelgroßen, cystischen Raum übergehenden, erweiterten Tube (Hydrosalpinx), endlich einer intraligamentär liegenden Parovarialcyste, so dass also neben einander 3 ganz verschiedenartige Cystenbildungen bestanden.

Honsell (Tübingen).

Berichtigung. P. 1033 Z. 18 v. u. lies Grisson statt Grissow.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. **Sonnabend, den 3. November.** **1900.**

Die intrakranielle Entfernung des Ganglion Gasseri ohne Unterbindung der Arteria meningea media.

Von
Julius Dollinger,
ord. öffentl. Prof. für Chirurgie an der Kgl. ungarischen Universität in Budapest.

Nach Krause-Hartley's Methode wird das Ganglion Gasseri bei schweren Trigeminusneuralgien intrakraniell von einer an der Schläfengegend angefertigten Öffnung aus entfernt. Nachdem der Wagner'sche osteoplastische Lappen aus dem Schädel herausgeschnitten, heruntergeschlagen und die an seiner Basis zurückgebliebenen Knochenzacken bis an die Schädelbasis abgetragen sind, dringt man mit dem Zeigefinger zwischen Dura mater und Schädelbasis ein und gelangt zuerst auf die Arteria meningea media, die hier aus dem Foramen spinosum heraustritt und auf die Dura übergeht. Der Gehilfe hebt mit einem breiten Spatel das Gehirn von

der Schädelbasis ab, und der Operateur unterbindet das Gefäß. Erst dann wird weiter auf das Ganglion vorgedrungen und dieses nach bekannten Regeln entfernt. Die Unterbindung des Gefäßes ist in dem engen Raume mit gewissen Schwierigkeiten verbunden und misslingt manchmal. Namentlich bei arteriosklerotischen Individuen passirt es, dass der Faden die Gefäßwand durchschneidet, oder er gleitet, nachdem das Gefäß durchschnitten, von dem centralen Ende ab, dieses zieht sich in das Foramen spinosum zurück und verursacht schwere Blutungen, die nur mit Tamponade des Loches gestillt werden können. Herr Prof. Friedrich[1] führt in seinem Aufsatze mehrere Fälle an, in welchen die Blutung aus der Arteria meningea media den Pat. entweder in unmittelbare Lebensgefahr brachte, oder er wurde während der blutstillenden Manipulationen inficirt und starb an Sepsis. Von deutschen Operateuren treffen wir hier die Namen König, Czerny, von den Amerikanern Finney, Fowler, Keen etc., welche Namen uns Gewähr leisten, dass hier selbst für die größte technische Fertigkeit schwer überwindbare ungünstige anatomische Verhältnisse vorliegen müssen.

Obwohl in meinen ersten 2 Fällen die Unterbindung der Arteria meningea media keine besonderen Schwierigkeiten verursachte, die Operation im 1. Falle in 55, im 2. in 45 Minuten beendet werden konnte und beide Pat. heilten, fühlte ich mich doch durch jene veröffentlichten Fälle zum Studium dieser ungünstigen anatomischen Verhältnisse angeregt und stellte mir die Frage, ob es nicht möglich wäre, das Ganglion ohne Unterbindung der Arteria meningea media zu entfernen.

Über die Eintrittsstelle der Arteria meningea media finde ich in Testut's Handbuch der Anatomie folgende Angaben: Das Foramen ovale befindet sich 1 cm hinter dem Foramen rotundum, und 3—4 mm hinter diesem liegt das Foramen spinosum, die Eintrittsstelle der Arteria meningea media. Aber ich überzeugte mich bald, dass diese Beschreibung nur approximativ genau ist, und untersuchte daher in den hiesigen Sammlungen 50 aufgesägte Schädel auf die Verhältnisse, die bei der Entfernung des Ganglion Gasseri für uns von besonderem Interesse sind. Diese waren in den 100 Schädelhälften folgende:

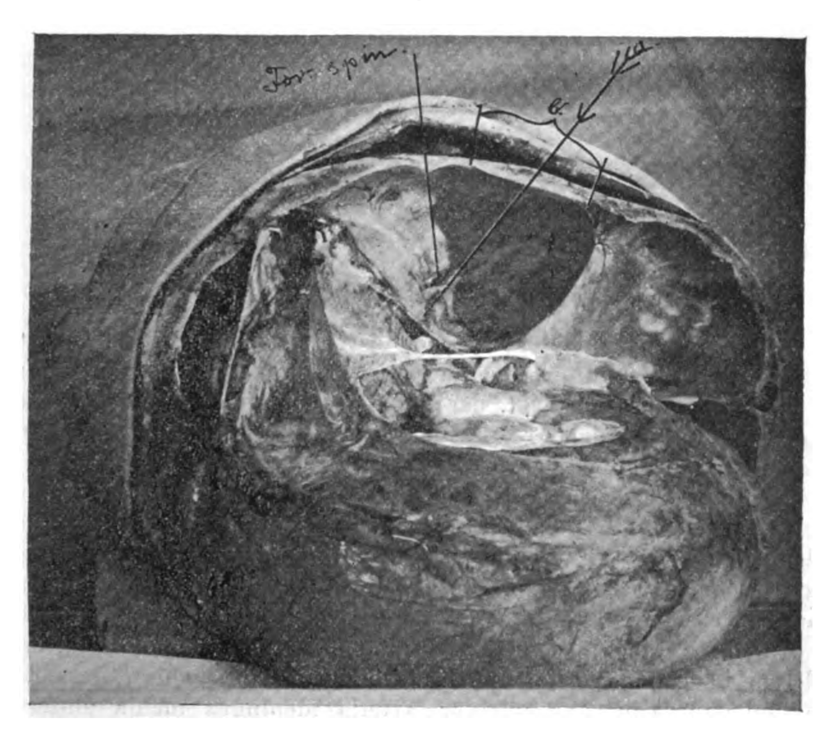
1) Zieht man an der Schädelbasis von der Sagittallinie eine vertikale auf den hinteren Rand des Foramen ovale, so finden wir in einzelnen Fällen das Foramen spinosum vor dieser Linie. In den untersuchten 100 Schädelhälften war das 6mal der Fall, und zwar lag das Foramen spinosum vor dem Foramen ovale

um 1 mm in 4 Fällen,
» 1,5 » » 1 Falle,
» 2,0 » » 1 » .

[1] P. L. Friedrich, Krankengeschichten und Heilungsausgänge nach Resektion und Exstirpation das Ganglion Gasseri etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899. Bd. LII. p. 360.

2) Der vordere Rand des Foramen spinosum lag mit dem hinteren Rande des Foramen ovale in den 100 Schädelhälften 35mal in einer Linie, d. h., dringt man direkt von außen auf die Austrittsstelle des 3. Trigeminusastes ein, so ist diese von der Art. meningea media zum Theile gedeckt, von außen und etwas vorn aber kann selbst in diesen weniger günstigen Fällen der 3. Trigeminusast und selbst das Ganglion gefasst werden. Der Krause'sche Lappen gestattet dieses Eindringen von vorn und außen bequem genug, wie das auf Fig. 1, welche eine solche Schädelbasis darstellt, durch Linie *a* ersichtlich gemacht ist.

Fig. 1.



Die linke Hälfte der Schädelbasis freigelegt. *a*. Richtung des Eindringens zum 3. Ast. *b*. Grenzen des Knochenlappens. Das Foramen spin. angemerkt.

3) Der vordere Rand des Foramen spinosum lag in den hundert Schädelhälften 59mal hinter dem hinteren Rande des Foramen ovale und zwar:

um	1	mm	in	18	Fällen
»	1,5	»	»	10	»
»	2,0	»	»	23	»
»	2,5	»	»	2	»
»	3,0	»	»	2	»
»	4,0	»	»	3	»
»	5,0	»	»	1	»

4) Ich wendete außerdem mein Augenmerk auf jene Knochenleiste, welche das Foramen spinosum von dem Foramen ovale trennt. Diese fehlte an 100 Schädelhälften 5mal. In diesen seltenen Fällen existirt also ein eigenes Foramen spinosum nicht, es verschmilzt mit dem Foramen ovale und bildet an seinem hinteren äußeren Rande eine Ausbuchtung, in der die Arterie liegt. Die verschiedenen Breitenverhältnisse dieser Knochenleiste zeigt folgende Tabelle:

Die Knochenleiste zwischen Foramen ovale und					
Foramen spinosum fehlt gänzlich			in	5	Fällen,
sie erreicht nicht die Breite von	1	mm	»	3	»
ihre Breite beträgt	1,0	»	»	10	»
» » »	1,5	»	»	8	»
» » »	2,0	»	»	31	»
» » »	2,5	»	»	4	»
» » »	3,0	»	»	23	»
» » »	4,0	»	»	8	»
» » »	4,5	»	»	1	»
» » »	5,0	»	»	4	»
» » »	6,0	»	»	1	»
» » »	7,0	»	»	1	»
» » »	11,0	»	»	1	»

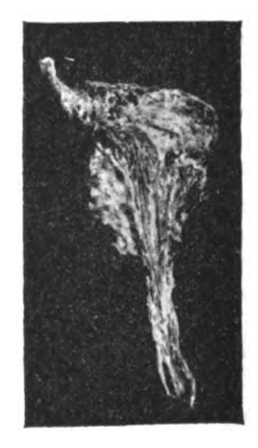
Aus diesen Angaben folgt, dass in 59% der Fälle die Eintrittsstelle der Arteria meningea media so weit hinter der Austrittsöffnung des 3. Trigeminusastes liegt, dass dieser und mit ihm das Ganglion ohne Unterbindung der Arteria meningea media selbst dann erreicht werden kann, wenn man direkt von außen darauf losdringt, in 35% der Fälle hingegen, wenn das Eindringen von etwas vorn und außen geschieht. Das Ganglion kann demnach in 94%, d. h. fast in allen Fällen ohne vorherige Unterbindung der Arteria meningea media entfernt werden. Der 2. Trigeminusast liegt noch mehr nach vorn; bei seiner Durchschneidung steht also die Arterie nie im Wege.

Auf diese anatomischen Thatsachen baute ich meinen Plan, und nachdem ich mich vorher am Kadaver davon überzeugt, dass das Ganglion ohne Unterbindung der Arteria meningea media entfernt werden kann, führte ich die Operation das 1. Mal den 16. März 1900 aus. Seither operirte ich noch 4mal, insgesammt also 5mal nach dieser Methode, die ich im Folgenden veröffentliche:

Der Schläfenlappen wird nach der Vorschrift Krause's gebildet. Nachdem er heruntergeklappt ist, dringe ich mit dem Finger zwischen Schädelbasis und Dura bis zur Arteria meningea media vor. Jetzt wende ich mich nach vorn zum 3. und 2. Trigeminusaste und löse von ihrer Oberfläche mit stumpfspitzigem Elevator die Dura ab. Indem ich nun die Spitze des Elevators in der auf Abbildung 1 mit dem Pfeile angegebenen Richtung von vorn außen nach rückwärts und innen richte, gelingt es ganz leicht, vor der Arterie an das Ganglion heranzukommen, von seiner Oberfläche die Dura und

das Ganglion von der Schädelbasis abzulösen, es mit einer gezähnten Arterienklammer zu fassen, den 3. und 2. Trigeminusast vor seinem Austritte aus der Schädelhöhle mit einem Tenotom zu durchschneiden und das Ganglion selbst zu extrahiren. Wie vollkommen das Ganglion entfernt werden kann, zeigt Fig. 2, welche ein nach dieser Methode extrahirtes Ganglion darstellt.

Fig. 2.



Entferntes Ganglion Gasseri u. Trigeminuswurzel.

Zum Emporheben des Gehirns verwendete ich früher den Krause'schen Spatel, machte aber die Beobachtung, dass der Assistent, der es handhabt, da er sich von dem Effekte seiner Handlung nicht mit dem Auge überzeugen kann, entweder zu stark oder zu wenig hebt. Ich hebe mir jetzt das Gehirn mit einem in der linken Hand gehaltenen, etwas der Fläche nach gebogenem, 1 bis $1^1/_2$ cm breiten stumpfen Elevator selbst eben nur so weit empor, dass ich zwischen Gehirn und Schädelbasis bei dem Lichte meines elektrischen Stirnreflektors die beschriebenen Manipulationen verrichten kann. Die ganze Operation wird durch Wegbleiben der Unterbindung der Arteria meningea media bedeutend vereinfacht und abgekürzt. Während Krause zur Entfernung des Ganglions $1^1/_2$—$1^3/_4$ Stunden braucht, dauerte die Operation bis zur Zunähung des Lappens in meinem ersten nach dieser Methode operirten Falle 29 Minuten. Ich operirte vor dem Auditorium, und es vergingen davon noch einige Minuten mit der Demonstration. Im zweiten Falle dauerte die Operation 20 Minuten, in den übrigen 3 Fällen 36—39 Minuten.

Bei meinen 5 in dieser Weise operirten und geheilten Fällen hinderte mich die Lage der Arteria meningea media weder in der Durchschneidung des 2. Astes, noch in der Extraktion des Ganglions. Sollte mir einer jener seltenen Fälle vorkommen, in welchen das Foramen spinosum, die Eintrittsstelle der Arteria meningea media, vor dem Foramen ovale liegt, wie ich das in 6% der untersuchten Schädelhälften vorfand, so würde ich den 3. Ast hinter der Arteria meningea media durchschneiden und auch das Ganglion von hier extrahiren. Wenn endlich die Arterie mit dem 3. Trigeminusaste in einem gemeinsamen Loche liegt, wie das an den untersuchten hundert Schädelhälften 5mal vorkam, und wenn sie desshalb von dem Nervenaste nicht gut isolirt werden könnte oder aus sonst einem anderen Grunde beschädigt werden sollte, so müsste die Carotis communis komprimirt und unterdessen die Carotis externa unterbunden werden. Beide ungünstige Möglichkeiten sind aber, wie wir gesehen haben, sehr selten.

Ich habe die Entfernung des Ganglion Gasseri wegen schwerer Trigeminusneuralgien bisher insgesammt in 9 Fällen begonnen, war aber in meinem 7. und 9. Falle wegen heftiger Blutung nicht im Stande, die Operation zu beenden. In diesen 9 Fällen habe ich bezüglich der Blutung folgende Erfahrungen gemacht:

1) Es kommt ausnahmsweise vor, dass ein Pat. kaum etwas blutet. Einer meiner Pat. war von dieser Sorte. Während der ganzen Operation machte die Blutung kaum einige Tropfen aus.

2) Blutung aus den Weichtheilen des Schädels und aus der Diploë. In einigen Fällen entstand bei der Umschneidung des Weichtheillappens und bei der Bildung des Knochenlappens aus der Diploë eine sehr heftige Blutung. Namentlich war das in den oben erwähnten Fällen 7 und 9 der Fall. Im Falle 7 konnte die Blutung gestillt werden, so dass ich auf die Schädelbasis übergehen konnte, im Falle 9 aber war die Blutung aus den Weichtheilen so profus, dass ich nicht weiter kam als bis zum Herunterklappen des Schädellappens. Das Blut rann aus allen Geweben wie aus einem Schwamme. Die Versuche, die Blutung zu stillen, dauerten etwa 20 Minuten. Unterdessen verlor der Pat. sehr viel Blut, endlich war ich genöthigt zur Tamponade zu greifen. Diese trug wahrscheinlich Schuld daran, dass der Knochenlappen nekrotisch wurde; als dieser extrahirt wurde und die mit dieser Komplikation verbundene Eiterung in den umgebenden Weichtheilen sistirte, war der Pat. zur Wiederaufnahme der Operation zu schwach. Die Neuralgie sistirte nach der Operation, ohne dass mit dem Trigeminus etwas vorgenommen wurde, 3 Monate. Jetzt wüthet sie wieder wie zuvor, und jetzt wurde die Frage der Operation wieder aufgeworfen.

3) Blutung aus den Emissaria Santorini, aus den Venen der Dura mater und aus dem Sinus cavernosus.

Aus den Emissarien und aus den Venen der Dura mater habe ich fast in allen Fällen eine mittelmäßige Blutung beobachtet Diese stört den Gang der Operation sehr wenig. Der Gehilfe dreht den Kopf so weit nach der kranken Seite mit der Öffnung nach unten, dass das Blut aus dem Schädel herausfließt; unterdessen beleuchtet der Operateur den subduralen Raum mit dem Reflektor und trachtet das Ganglion möglichst schnell heraus zu bekommen. In 6 Fällen ist das gelungen, und es trat nur nach Extraktion des Ganglion aus dem Sinus eine etwas stärkere Blutung ein. In den ersten 2 Fällen tamponirte ich mit einem Jodoformstreifen, schloss den Lappen und entfernte den Tampon nach einigen Tagen. In den letzten 4 Fällen tamponirte ich nicht, sondern ließ das Gehirn einfach auf die Schädelbasis sinken und schloss den Lappen mit Naht. Es zeigten sich keine Symptome einer Nachblutung, die Pat. genasen ohne Störung. Um so heftiger trat die Blutung in meinem 7. Falle bei einem 65 Jahre alten, arteriosklerotischen, sehr beleibten Manne auf, bei welchem, wie ich erwähnte, schon bei der

Lappenbildung eine sehr heftige Blutung vorkam. Als ich hier die Dura von der Schädelbasis abhob, entstand aus den Emissarien eine so heftige venöse Blutung, dass ich das Ganglion gar nicht zu Gesicht bekommen konnte. Ich tamponirte mehrere Male minutenlang; sobald der Tampon entfernt wurde, ging es eben so los, wie zuvor. Endlich musste die Operation unterbrochen werden. Nach 3 Tagen machte ich einen 2. Versuch. Der Tampon wurde entfernt, und es blutete eben so wie vorher. Ich konnte vor dem herausströmenden schwarzen Blute überhaupt gar nichts sehen und musste die Hoffnung aufgeben, in diesem Falle das Ganglion zu entfernen. Ich begnügte mich daher mit der extracraniellen Resektion des schmerzhaften 2. Astes. Der Pat., ein starker Alkoholiker, bekam in der darauffolgenden Nacht einen Anfall von Delirium potatorum, riss sich in einem unbeachteten Augenblicke den Verband vom Gesichte, inficirte sich die Gesichtswunde, bekam hier eine gegen das Auge vorschreitende septische Phlegmone und starb an Sepsis.

4) Blutung aus der Arteria meningea media. In einem meiner Fälle riss an der Konvexität der Dura mater die mit ihr innigst verwobene und in diesem Falle auch mit der etwas rauhen Vitrea fester verklebte Arteria meningea media während des Herunterklappens des Knochenlappens an einigen Stellen auf einmal ein. Die Blutung konnte leicht gestillt werden. In Czerny's 2 Fällen entstand dadurch eine starke Blutung, dass der vordere stärkere Zweig der Arteria meningea media an der vorderen unteren Kante des Os parietale anstatt in einer Rinne in einem geschlossenen knöchernen Kanale lag, während des Herunterklappens des Knochenlappens hier fixirt war und, von dem unteren Rande des Knochens abgerissen, in das Foramen spinosum zurückschnellte. Die Blutung konnte nur durch Tamponade des Foramen spinosum gestillt werden.

Während ich die 100 Schädelhälften untersuchte, richtete ich mein Augenmerk auch auf diesen Kanal und fand, dass an der vorderen unteren Kante des Os parietale in 55 Fällen ein geschlossener knöcherner Kanal, hingegen nur in 45 Fällen eine offene Rinne vorhanden war. Die Arterie liegt also öfter in einem knöchernen Kanale als in einer offenen Rinne, nichtsdestoweniger sind Blutungen aus der Arteria meningea media aus diesem Grunde selten, und können Czerny's Fälle als Ausnahmen von der Regel angesehen werden. Gewiss reißt auch nicht in jedem Falle die Arterie so ungünstig ab, wie dies in jenen Fällen geschah; denn sonst müssten in Folge der anatomischen Verhältnisse in jedem 2. Falle ähnliche Blutungen entstehen. Ich glaube vielmehr, es geschieht, was mir in einem Falle passirte, in welchem die Arterie im knöchernen Kanale lag, beim Herunterschlagen des Lappens nahe am Kanal abriss, dadurch aber auch torquirt wurde und ohne zu bluten in der Wunde lag. Mit Bezug auf die 2 Fälle Czerny's macht Herr Prof. Friedrich in seinem citirten Aufsatze den Vorschlag, in einem jeden Falle von

Entfernung des Ganglions die Carotis externa frei zu legen, einen Faden darunter zu ziehen, um für den Fall einer Blutung aus der Arteria meningea media das Gefäß gleich bei der Hand zu haben.

So weit meine persönlichen Erfahrungen reichen, entsteht der größte Theil der schweren Blutungen während der Entfernung des Ganglion Gasseri nicht aus der A. meningea media, sondern aus den Venen. Diese erhalten ihr Blut nicht nur aus dem Verzweigungsgebiete der A. meningea media, da sie mit sämmtlichen Nachbargebieten sehr weite Kommunikationen besitzen. Diese Blutungen können also selbstverständlich von der Carotis externa her nicht regulirt werden.

Ein Theil der Blutungen aus der A. meningea media entsteht während der Unterbindung des Gefäßes durch Abreißen desselben, oder durch Abgleiten des Fadens von dem centralem Ende. Von diesen Blutungen bleiben wir verschont, wenn wir das Ganglion ohne Unterbindung der A. meningea media entfernen. Die Fälle, in welchen die Arterie beim Herunterklappen des Knochenlappens aus dem Foramen spinosum herausgerissen wird und heftige Blutung verursacht, sind selten, und es ist daher nicht nothwendig, zu ihrer Verhütung in einem jedem Falle die Carotis externa freizulegen. Ich gebe zu, dass das Freilegen derselben eine sehr leichte Operation ist, jeder Chirurg ist darauf sicher bestens eingeübt, aber Grund ist zur Generalisirung dieser präventiven Freilegung zu wenig vorhanden; denn tritt einmal eine heftige Blutung aus der A. meningea media ein, so kann doch die Carotis communis der betreffenden Seite sofort komprimirt, die Carotis externa in einigen Minuten frei präparirt und unterbunden werden.

Resumé.

1) Das Ganglion Gasseri kann ohne Unterbindung der Arteria meningea media entfernt werden. Beweis dafür sind die nach dieser Methode von mir operirten 5 Fälle. Die Operation wird durch Wegbleiben dieser Unterbindung abgekürzt, und die daraus entspringenden Komplikationen bleiben weg.

2) Der vordere Stamm der Arteria meningea media liegt in mehr als der Hälfte der Fälle an der vorderen unteren Kante des Os parietale in einem geschlossenen, knöchernen Kanale und nur in der kleineren Hälfte in einer offenen Rinne. Nichtsdestoweniger stammt aus dieser Lage doch nur ausnahmsweise eine heftige Blutung.

3) Es liegt daher nicht genügender Grund vor, in einem jeden Falle von Entfernung des Ganglion Gasseri präventiv die Carotis externa frei zu legen.

---

1) L. Philippson. Über Embolie und Metastase in der Haut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

Verf. fasst in dieser Arbeit eine Anzahl von Einzeluntersuchungen, die er schon früher publicirt hat, zusammen und zieht aus ihnen Schlüsse, die für die allgemeine Pathologie der Hautkrankheiten eine große Bedeutung haben. Im ersten Abschnitte kritisirt er die »Angioneurosenlehre«, welche er als vollständig unbegründet zurückweist; so weit dieselbe das Erythema exsudativum multiforme und nodosum und die sicher entzündlichen Arzneidermatosen betrifft, ist auch der Ref. zu einer Abweisung derselben gekommen, nur scheint P. die Bedeutung, welche diese Lehre zur Zeit noch hat, etwas zu überschätzen.

P. hat akute Erythemflecke bei Lepra, Erythema nodosum, einen eigenartigen Fall von Tuberkulose, den er als Thrombophlebitis bezeichnete, und der einem sog. »nodulären Tuberkulid« glich, Gummata, lepröse Phlebitis histologisch und die Urticaria experimentell untersucht und leitet aus diesen Einzeluntersuchungen »Hauptsätze zur Lehre von der Embolie und Metatase in der Haut« ab.

Er will unter den »erythematösen Hautveränderungen« diejenigen Hautentzündungen verstanden wissen, welche durch auf dem Blutwege in die Haut gelangende Reize hervorgerufen werden. Die »Erythemefflorescenzen« sind histologisch wie klinisch als entzündliche zu erkennen; die auf dem Blutwege in die Haut gelangenden Entzündungserreger rufen viel mildere Störungen hervor, als die von außen angreifenden, »weil sie eben ganz anderer Natur sind oder, wenn das nicht, nur in abgeschwächter Form zur Wirkung gelangen können«. Das gelte sowohl für Mikroorganismen als für chemische Stoffe. Ferner fehlen bei den Erythemen Oberhautveränderungen ganz oder sind anders geartet, als die der exogen entstandenen Entzündungen. Die hämatogene Entzündung kann oberflächlich oder tief sein, sie ist nicht so häufig, wie die gewöhnliche, nur ein einleitender Process für Eiterung, Nekrose, Geschwürsbildung etc. Die hämatogene Entzündung kommt bei Pyämie, bei Lepra, bei Tuberkulose, bei Lues vor. Die erythematösen Efflorescenzen treten akut, event. in Schüben, symmetrisch, diffus oder disseminirt, oberflächlich kutan oder subkutan auf; sie lokalisiren sich vorzugsweise an den Streckseiten der Extremitäten und am Kopfe.

Aus den histologischen Untersuchungen Verf.s resultirt die Thatsache, dass sich die hämatogene Entzündung der Haut häufig an den Venen lokalisirt; diese scheinen leichter dem Einflusse schädigender Stoffe zu unterliegen als die Arterien; Efflorescenzen von Erythema nodosum, von einem Tuberkulid etc. gingen vorzugsweise von Venen aus. Verf. ist endlich bei einer Experimentaluntersuchung

zu der Anschauung gekommen, dass auch die von innen her entstehende Urticaria als ein embolischer Process aufzufassen ist, und dass die ihr zu Grunde liegenden Veränderungen der Haut im Grade von denen der Erytheme unterschieden sind. Den Quaddeln geht Leukocytenauswanderung und Fibringehalt des Exsudats ab, welche bei den Erythemen übrigens auch schon in weiten Grenzen wechseln.

Das ist der wesentliche Inhalt der außerordentlich anregenden Arbeit P.'s. Thatsächlich neu ist speciell die Bedeutung der Venen für die embolischen Hauterkrankungen und die Hervorrufung der Urticaria peripher vom Blute aus. Die Auffassung des Erythema exsudativum und nodosum als embolische Krankheit war für Jeden, der diese Affektionen für Infektionskrankheiten mit in der Haut lokalisirten Infektionserregern hält, gegeben; die Auffassung der toxischen Erytheme als Entzündungen der Haut, die zu Stande kommen dadurch, dass die toxischen Agentien in die Haut selbst gelangen, ist auch vom Ref. wie von Tommasoli schon hervorgehoben worden. Bei der Auffassung der Urticaria wird die Urticaria factitia speciell noch Berücksichtigung verdienen. **Jadassohn** (Bern).

---

2) **G. Hügel** und **K. Holzhauser.** Vorläufige Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 2.)

Verff. haben die von Adrian an der Wolff'schen Klinik in Straßburg begonnenen Syphilisimpfungen am Schweine fortgesetzt und glauben durch Injektion von Blut eines im sekundären Stadium befindlichen Pat. Drüsenschwellungen und ein groß-makulopapulöses Exanthem hervorgerufen zu haben. Die mikroskopische Untersuchung der Efflorescenzen ergab eine starke Infiltration um die Gefäße und um die Haare. Das Schwein schien im Wachsthum zurückzubleiben. Bei einem Eber, dem eine Sklerose eingenäht wurde, traten Erscheinungen von Syphilis nicht auf. Auf Grund dieser und der früheren Resultate glauben Verff., dass das Syphilisgift auf Warmblüter, speciell auf Schweine übertragbar ist. **Jadassohn** (Bern).

---

3) **P. Colombini.** Über das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 2.)

Die in der Litteratur vorhandenen Angaben über die Milzschwellung bei der erworbenen Syphilis sind so außerordentlich verschieden, dass erneute Untersuchungen dieser Frage noch immer nothwendig sind. Verf. hat solche bereits früher veröffentlicht, in letzter Zeit aber ein größeres Material genau untersucht und giebt in der vorliegenden Arbeit nach einer kurzen Litteraturübersicht und

nach einer Besprechung der Untersuchungsmethode (er hat sich in jedem Falle der Perkussion, der Palpation und der Perkussions-Auskultation bedient) seine Krankengeschichten. Er kommt zu dem Resultate, dass in der Regel kurze Zeit vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen eine allerdings nicht palpable Milzschwellung entsteht, die sich bei der Zunahme der Allgemeinerscheinungen vergrößert, nach ihrer Beseitigung verschwindet, in den späteren Phasen der sekundären und der tertiären Periode fast nie vorhanden ist und in ihrer Pathogenese den allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen entspricht. Die Vergrößerung der Milz erfolgt hauptsächlich in transversaler Richtung und nach innen. Sie geht auf specifische Behandlung prompt zurück und kann in zweifelhaften Fällen die Diagnose der Syphilis bestätigen. **Jadassohn** (Bern).

---

4) **C. Audry.** Über einige Einzelheiten in der Struktur des syphilitischen Hodens.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 11.)

Verf. beschreibt — außer den bekannten syphilitischen Veränderungen — Nekrosen, die er nicht auf specifische Einwirkung des Virus, sondern auf den Druck der verdickten Albuginea und auf die Hemmung resp. Abstellung der gesammten Cirkulation zurückführt. Er hat ferner außer der Degeneration der Zellen der Samenkanälchen durch intertubuläre Sklerose Maschen gefunden, in denen rundliche Zellen, manchmal auch kolloide Massen liegen; diese Zellen hält A. für degenerirende Epithelzellen der Samenkanälchen.

Jadassohn (Bern).

---

5) **R. Matzenauer.** Ausfall der regionären Lymphdrüsenschwellung nach Excision des syphilitischen Primäraffektes. (Zugleich ein Beitrag zur Frage: »Wann wird die Syphilis konstitutionell?«).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 3.)

Auf Grund von theoretischen (und wie leider nothwendig, nur hypothetischen) Erwägungen kommt der Verf. zu dem Resultate, dass »die vor Ausbruch des Exanthems bei bereits manifestem Primäraffekt bestehende Immunität des Körpers gegen eine neuerliche Infektion auf Wirkung der Syphilistoxine beruht«. (Das ist wohl zweifellos, da wir von einer durch Bakterien als solche bedingten Immunität nichts wissen; doch hat Verf. die in der Litteratur vorhandenen Fälle, die beweisen, dass diese Immunität nicht bestehen muss, nicht genügend berücksichtigt; cf. die Arbeit von Lasch, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1891; es ist das um so bedauerlicher, als M. ja selbst an die Möglichkeit einer Autoinokulation in der ersten Zeit nach der Infektion glaubt. Ref.) Der Satz, dass »die Veränderungen des Blutbefundes vor der Proruption des Exanthems (nur) auf Toxinwirkung zu beziehen sind«, ist darum der Diskussion

zugänglich, weil diese Veränderungen doch recht inkonstant sind, und weil wir aus dem Auftreten des Exanthems nicht auf den Zeitpunkt schließen können, wann die Infektionserreger in die Cirkulation eingetreten sind; denn — und das spricht auch gegen die folgenden Sätze, deren Anführung sich hier erübrigt — die Infektionserreger können ja auch in den Drüsen und in der Haut eine Art Inkubation durchmachen, ehe sie Symptome bedingen.

Praktisch wichtiger ist die Behauptung: »Die Möglichkeit, durch radikale Exstirpation der bereits inficirten Lymphbezirke eine Allgemeininfektion hintanzuhalten, wäre demnach, wenn gleich die Chancen äußerst geringe sein mögen, doch nicht absolut ausgeschlossen«. Verf. berichtet über 4 Fälle, in denen nach Excision von — zum mindesten auf Syphilis sehr verdächtigen — Ulcerationen an den Genitalien die Allgemeinerscheinungen ausblieben; er möchte aber »diesen Beobachtungen keine zu große Bedeutung beimessen, da die Möglichkeit, dass kein syphilitischer Primäraffekt vorlag, wenn auch gering, so doch nicht ausgeschlossen erscheint«. Viel größeren Werth legt Verf. auf die anderen (17) Fälle, in denen trotz Excision Allgemeinerscheinungen auftraten; er betont besonders, dass »die sonst fast pathognomonische regionäre Lymphdrüsenschwellung ausbleibt, wenn man den Primäraffekt excidirt, bevor jene sich entwickelt hat«, und weiter »exstirpirt man bei schon vorhandener einseitiger Lymphdrüsenschwellung nicht bloß die Sklerose, sondern auch die vergrößerten Drüsen der einen Seite, so kommt es weder zu einer weiteren Drüsenschwellung auf dieser Seite, noch überhaupt zu einer Drüsenschwellung auf der anderen Seite«. (Für die Frage der abortiven Wirkung der Sklerosenexcision fallen alle diejenigen Fälle weg, bei denen schon eine Drüsenschwellung vorhanden war; das sind 13 der 17 Beobachtungen M.'s; denn auch die Vertheidiger der Schankerexcision glauben nicht bei schon eingetretener Drüsenschwellung noch Erfolge erzielen zu können; M. hätte also — wenn wir die oben erwähnten 4 Fälle berücksichtigen — bei 8 Sklerosen (resp. skleroseverdächtigen Fällen) 4 positive Excisionserfolge erzielt; das wäre auffallend günstig; das Ausbleiben der Drüsenschwellung ist vielleicht in vielen Fällen dadurch zu erklären, dass eben die schon geschwollenen Drüsen mit exstirpirt wurden; in den anderen Fällen würde das Auftreten der Allgemeinerscheinungen trotz fehlender Adenitis dafür sprechen, dass doch schon zur Zeit der Excision Mikroorganismen im Organismus fern von der Infektionsstelle vorhanden waren. **Jadassohn** (Bern).

---

6) **R. Kütner.** Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 2.)

Die Methode besteht darin, dass in einem geschlossenen Kasten Quecksilbersalbe durch eine hierfür geeignete Vorrichtung, die der

Pat. selbst in Thätigkeit setzen kann, ausgiebig verrieben wird; hierbei werden, wie bei der Inunktionskur, für das Hg fortwährend neue Oberflächen geschaffen. Allen sich entwickelnden Quecksilberdampf athmet der Kranke mittels einer Maske und eines vom Kasten ausgehenden Schlauches ein. Die Vorzüge gegenüber anderen Inhalationsmethoden bestehen darin, dass bei K.'s Methode Pat. allen Hg-Dampf einathmet, der sich überhaupt entwickelt, und dass eine fast genaue Dosirung dadurch möglich wird, dass man eine bestimmte Quantität Hg-Salbe verreiben und den Pat. eine bestimmte Zeit hindurch inhaliren lässt. Bei einer Inhalationsdauer von ca. $^1/_2$ Stunde pro Tag gelangt nach K.'s Feststellungen so viel Hg in den Organismus des Inhalirenden, dass sich nach einer Anzahl Inhalationen nennenswerthe wägbare Mengen von Hg im Harn nachweisen lassen. Die praktischen Resultate waren befriedigend, die Inhalationen wurden gut vertragen und riefen nie Intoxikationserscheinungen hervor. **Gold** (Bielitz).

---

7) **A. Jordan.** Über Syphilisbehandlung mit Merkuriol.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 3.)

J. hat gefunden, dass die in diesem Centralblatt besprochene Behandlung der Syphilis mit Merkuriolpulver in Säckchen (Blomquist-Åhman) eine sehr angenehme, aber auch nur sehr milde Methode darstellt, die sich an Energie mit Hg-Einspritzungen und mit Einreibungen nicht messen kann. **Jadassohn** (Bern).

---

8) **Schuster.** Zur Behandlung mittels Quecksilbersäckchen und Merkolint.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 3.)

Aus den Bemerkungen S.'s geht hervor, dass er an die Absorption des Hg von der Haut aus auf Grund einzelner Versuche glaubt, dass er jetzt aber auch bei der Welander'schen Säckchenbehandlung (mit Verbrauch von 6 g grauer Salbe pro die) Hg im Harn gefunden hat. Verf. hat auch den Merkolint angewendet, und zwar in einer leicht zu befestigenden Form (welche von Beiersdorf als »Aachener Form« geliefert wird). **Jadassohn** (Bern).

---

9) **A. Jordan.** Ein weiterer Beitrag zur Welander'schen Sackbehandlung der Syphilis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 11.)

Verf., der früher zu relativ wenig günstigen Erfolgen mit der Merkuriol-Behandlung gekommen war, hat jetzt Versuche mit der ursprünglichen Welander'schen Methode (Einstreichen eines Sackes mit Salbe) gemacht. Diese Versuche haben zu recht verschiedenen Resultaten geführt. Er hält die Methode für bequem, meist ungefähr-

lich, zuweilen vorzüglich wirkend, aber im Allgemeinen doch nicht sicher; »sie stehe sowohl der Einreibungs- als ganz besonders der Spritzkur nach«. »Im Speciellen empfiehlt sich ihre Anwendung im Falle leichterer Krankheitserscheinungen bei intelligenten, breit gebauten Kranken, die aus irgend welchen Gründen nicht einreiben und auch nicht sich einspritzen lassen können. Das Tragen zweier Säcke scheint schneller zum Ziele zu führen als dasjenige eines Sackes.«

Jadassohn (Bern).

---

10) **R. Fischel.** Klinische Beobachtungen über den Heilwerth des Jodipins.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIII. Hft. 1.)

F. hat an der Pick'schen Klinik in Prag das in letzter Zeit viel gerühmte Jodipin einer Prüfung unterzogen. Die innere Behandlung mit dem 25%igen Präparate führte nicht zu günstigen Resultaten; — doch sind diese Versuche sehr wenig zahlreich; die Jodausscheidung dauerte nicht lange an, resp. wurde bald sehr unbedeutend. Die subkutane Applikation war ebenfalls nicht so erfolgreich, wie F. auf Grund der vorliegenden Berichte erwartet hatte; auch hier ist die Zahl der Fälle gering, und die wiederholt zugleich vorgenommene Hg-Darreichung erschwert die Beurtheilung. Die Wirkung war im Vergleiche zu Jodkalium verzögert; die Jodausscheidung erwies sich als sehr unregelmäßig; das 25%ige Präparat scheint schlechter ausgenützt zu werden, als das 10%ige; die Ausscheidung anorganischer Jodverbindungen scheint der organischer voranzugehen. Jodismus wurde nicht beobachtet, doch vertrugen die Pat. auch Jodkalium ohne solchen. »In jenen Fällen der Praxis, wo der Pat. das Jodkalium unzuverlässig nimmt, oder eine Jodkaliaufnahme aus irgend einem Grunde per os nicht möglich, ist die subkutane Anwendung des Jodipins zu empfehlen.«

Jadassohn (Bern).

---

11) **W. Sommerfeld.** Über ein neues Jodeiweißpräparat (»Jodolen«, Laquer) und seine therapeutische Verwendung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

Jodolen ist ein 36% Jod enthaltendes, gelbliches, geruch- und geschmackloses, sehr schwer lösliches Pulver. Es wurde an der Pick'schen Klinik in Prag als Ersatzmittel der Jodalkalien innerlich gegeben, wirkte aber in einem so großen Procentsatze der Fälle toxisch, dass es jedenfalls keinerlei Vortheil darbietet. Die Enzyme des Magensaftes zersetzen es rasch und lebhaft; daher vielleicht die Reizung. Die therapeutische Wirkung des Präparats bei tertiärer Lues war eine günstige, aber nicht sehr prompte. Bei äußerer Anwendung hat es sich sowohl als antiseptisches Schutzpulver bei Operationswunden, als auch bei verschiedenen Geschwüren, speciell auch bei Bubohöhlen sehr gut bewährt. Es hat weder örtlich gereizt, noch toxische Allgemeinwirkungen hervorgerufen.

Jadassohn (Bern).

---

12) **Heintze.** Ein Fall von spontaner Ösophagusruptur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Unter gewöhnlichen Verhältnissen ist es unmöglich, dass eine Spontanruptur der Speiseröhre zu Stande kommt. Es ist hierzu eine Widerstandsunfähigkeit des Gewebes dieses Organs erforderlich (Ösophagomalacie). Die Zerreißung tritt gewöhnlich im Anschlusse an eine reichliche Mahlzeit bei sonst anscheinend gesunden Personen ein und betrifft Säufer oder Leute, die an Aufstoßen und Erbrechen leiden. Die Rissstelle saß wie gewöhnlich etwa 6 cm oberhalb der Cardia.

Borchard (Posen).

---

13) **R. del Vecchio.** Contribuzione sperimentale alla cura ed al processo di guarigione delle ferite dell' esophago.

(Estratto dal Giorn. dell' Ass. Napoli dei med. e natur.)
Neapel, **Gennaro & Morano,** 1900. 11 S.

Verf. hat die Heilungsvorgänge bei Speiseröhrenwunden auf experimentellem Wege an 11 Hunden studirt, indem er diesen meist Längswunden, seltener Querwunden am Halstheile der Speiseröhre setzte, letztere auch gar 2mal cirkulär resecirte. Alsdann wurde der Defekt in zwei Etagen mittelst Mucosa- und Muscularisnaht meist mit Seide wieder vereinigt. Die Heilung ging gewöhnlich glatt von statten. Die Versuchsthiere wurden einige Tage bis mehrere Wochen und Monate nach der Operation getödtet und alsdann die Objekte auch histologisch untersucht. V. schließt nun aus seinen Experimenten, dass bei Verletzungen der Speiseröhre durch eine Etagennaht der Mucosa und Muscularis eine reguläre prima Reunio erreicht werden könne, wenn die Ösophaguswand sonst normale Verhältnisse besitzt. Die Narbe besteht aus Bindegewebe, die Muskel- und elastischen Fasern scheinen sich nicht zu regeneriren. Verf. räth sonach, bei Speiseröhrenverletzungen am Menschen unter sonst günstigen Bedingungen analog zu verfahren und auch die darüber liegenden Weichtheile bis auf eine kleine Drainöffnung zu verschließen, um allerdings, falls Anzeichen einer Infektion sich zeigen sollten, die Nähte wieder zu entfernen. Wiederholte klinische Erfahrungen erscheinen geeignet, die Anschauungen des Verf. zu stützen.

A. Most (Breslau).

---

14) **A. Pinard.** Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse.

(Ann. de gynécol. T. LIII. p. 357.)

P. citirt zunächst einige Fälle, wo eine Appendicitis während der Schwangerschaft nicht erkannt war und zum tödlichen Ausgange geführt, dann mehrere andere, wo die rechtzeitige Diagnose und der operative Eingriff die Frauen gerettet hatte. Er betont vor Allem, dass die Appendicitis bei jeder schwangeren Frau und in jeder Periode der Schwangerschaft vorkommt, dass sie oft schleichend beginnt und

plötzlich einen foudroyanten Anfall hervorrufen kann, dass nur die schleunigst ausgeführte Operation Aussicht auf Heilung bietet, und dass man selbst in einem scheinbar verzweifelten Falle, wenn man nur den Muth hat, zu operiren, bisweilen die Kranken noch vom sicheren Tode zu erretten vermag. Es kommt Alles darauf an, frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen. Erbrechen in der Schwangerschaft mit Auftreten von Fieber ist stets verdächtig. Eine Uterusruptur, die oft vermuthet wird, tritt ohne vorangegangenes Trauma außerhalb der Geburt nicht ein. Die Hauptsache, sagt P., ist und bleibt, überhaupt an das Vorkommen der Appendicitis zu denken. Sie wird dann nicht leicht übersehen werden. **Jaffé** (Hamburg).

---

15) **J. Rotter.** Über entzündliche Strikturen des Colon sigmoideum und pelvinum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

Die Beobachtungen R.'s, in das Gebiet des Ileus gehörig, sind sehr interessant, zumal ähnliche Fälle in der Litteratur in nicht großer Zahl während der letzten Jahre bekannt geworden sind. Im Gegensatze zu den am häufigsten im Colon sigmoideum und pelvinum (nach Waldeyer so bezeichnet) vorkommenden gonorrhoischen, tuberkulösen und syphilitischen Strikturen fand Verf. einmal eine dysenterische Striktur. Der Krankheitsprocess hatte zu größeren Schleimhautverlusten geführt, die Ulceration, Entzündung und Eiterung griff auch auf das Mesenterium über und verwandelte das letztere mit dem dazu gehörigen Darme in eine derbe Narbenmasse, welche die Lichtung verengte. Nur eine Perforation zwischen den Schenkeln der geknickten Darmschlingen vermochte unter mehr oder weniger heftigen Ileuserscheinungen den Durchgang des Darminhaltes aufrecht zu erhalten. Die bei der Operation aus den Narbenmassen entwickelte Darmpartie wurde sekundär gangränös. Pat. aber fühlte sich mit ihrem Kunstafter sehr wohl und fähig, in der Gesellschaft zu verkehren.

Einen Gegensatz zu diesem Falle bilden 3 andere, bei denen die Schleimhaut gesund war, dagegen Entzündung und Eiterung in der Darmwand und in dem periintestinalen Gewebe solche Narbenschwarten erzeugt hatte, dass allerschwerste Stenosen verursacht wurden, welche jedes Mal zum Tode führten.

Bei 2 von diesen Fällen nimmt R. an, dass es sich um Analogien zu einer von Graser publicirten Krankheitsbeobachtung handelte, welche dem Letzteren die Veranlassung bot, seine in jüngster Zeit gerade öfters citirten Studien über die Divertikelbildung aufzunehmen; d. h. R. glaubt, dass bei diesen seinen Pat. Stauungen im Gebiete des Colon sigmoideum und pelvinum, durch Herzfehler oder Fettleibigkeit veranlasst, zu Gefäßerweiterung geführt haben. In Zeiten, in denen die Gefäßlücken nicht mehr ganz von den erweiterten Venen angefüllt waren, trat dann die Darmschleimhaut

hindurch und bildete Divertikel, bei deren Zustandekommen die Steigerung des intraintestinalen Druckes eine Rolle spielt. Diese Ausstülpungen können eine Länge von 2 cm erreichen.

Bei ihrer Lage in der Darmwand selbst kann es durch Stauung von Koththeilchen in denselben sehr leicht zu schweren Komplikationen, zu Ulcerationen, Perforationen und Eiterungen in der Umgebung des Darmes kommen, besonders im Mesenterium, und es ist leicht verständlich, wie solche Processe zu Strikturirung der Lichtung führen können. Da die Divertikel sich vornehmlich im Bereiche der Flexura sigmoidea finden, sind sie gewissermaßen eine typische Veranlassung dort auftretender Darmverschließungen.

In einem weiteren Falle, den R. veröffentlicht, sieht er in einem periappendikulären Abscesse die Ursache der Stenose. An Hand der Krankengeschichten und Abbildungen wird übrigens eine leichtere Orientirung über die interessanten Fälle möglich sein, als sie ein Referat geben kann. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

16) **A. v. Bergmann.** Zur Diagnose und Behandlung der Darmocclusionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

Verf. bereichert die Lehre vom Darmverschlusse durch die Kasuistik der 66 von ihm beobachteten Fälle. Jede derartige größere Beobachtungsreihe wird immer das Interesse der Chirurgen in Anspruch nehmen, zumal die Resultate der operativen Behandlung der einschlägigen Fälle noch besser werden dürften. v. B. betont mit Recht, dass dies nicht allein durch Vervollkommnung der Technik, sondern im Wesentlichen durch eine frühere Erkenntnis des mechanischen Verschlusses und durch die Diagnose der Lokalisation möglich ist.

Mit Nothnagel stellt er als eine wesentliche Forderung hin, den Namen »Ileus« ganz zu verlassen und die anatomische Diagnose an seine Stelle zu setzen. Man darf sich diesem Verlangen gewiss ohne Weiteres anschließen, wenn man bedenkt, wie viel Unheil in der Praxis dadurch gestiftet wird, dass man sich vielfach davor scheut, die Diagnose Darmverschluss zu stellen, bis wirklich reichliches Kotherbrechen auftritt. Es ist desshalb anerkennenswerth, wenn, wie in vorliegender Arbeit, immer wieder die diagnostischen Mittel diskutirt werden, welche uns zur Verfügung stehen, schon vor diesem Stadium das Leiden zu erkennen. Freilich dürfte auch zu betonen sein, dass häufig recht große Schwierigkeiten in der Deutung frischer Fälle von Darmverschluss selbst für den Geübten bestehen.

v. B. wünscht eine Eintheilung in Darmocclusionen und Darmobturationen, um die Begriffe des mechanischen und dynamischen Ileus fallen zu lassen. Er bespricht an Hand seiner Krankengeschichten ganz besonders die kritischen Symptome der gesteiften, peristaltisch aufgeblähten Schlinge und des lokal meteoristisch auf-

getriebenen Darmstückes. Er selbst fand, dass die eingeschnürte Schlinge sehr selten allein meteoristisch gebläht bleibt, sondern dass diese Auftreibung fortschreitet. In vielen Fällen ging diese Auftreibung sehr weit, doch betheiligte sich bei Flexurvolvulus der Dünndarm in den Fällen v. B.'s nicht an der Auftreibung, mit Ausnahme eines einzigen Falles. Wo das Mesenterium bei der Darmocclusion wesentlich betheiligt ist, wie beim Volvulus und der Invagination, tritt der lokale Meteorismus besonders hervor. Erwähnenswerth ist noch besonders, dass Verf. bei seinen Beobachtungen weder der sich peristaltisch steifenden Schlinge, noch der meteoristisch geblähten, palpirbaren eine Bedeutung für die Diagnose des Sitzes der Occlusion beimessen konnte. Nur wenn sie in der Chloroformnarkose an Resistenz gewann, dürfte er Werth auf dieses Symptom legen.

v. B. bespricht nun auch noch des Genaueren die Faktoren, welche die inneren Kliniker veranlassen, mit wenig Begeisterung von der chirurgischen Therapie des Darmverschlusses zu reden. Indem er vor Allem die Fälle bestimmter ins Auge fasst, welche anscheinend auf innere Therapie zurückgehen können, bei denen aber wahrscheinlich gar kein mechanisches Hindernis besteht, betont er mit Recht, dass Besserungen in den Heilerfolgen beim Darmverschlusse nur durch operative Maßnahmen auf Grund frühzeitiger Diagnose zu erwarten sind, eine Ansicht, welche gegenüber dem Optimismus der exspektativen Therapie bei solchen Fällen gewiss angebracht ist. Verf. beschreibt auch eine Reihe von Fällen, bei denen wir wohl in Anbetracht des fulminanten Verlaufes immer zu spät kommen werden. Dies gilt z. B. für die Verknotungen (bileptischen Verschlüsse). Könnten wir in diesen Fällen den Befund diagnosticiren, so würden wir uns einen operativen Eingriff bei ihnen ersparen. Leider ist Letzteres aber selten möglich, und auch hierbei ist ja doch die Operation schließlich die einzig mögliche Behandlungsmethode, welche überhaupt einen Erfolg verspricht. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

17) **H. Wolff.** Über die Radikaloperation des Mastdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXI. Hft. 1.)

Verf. geht am Beginne seiner Arbeit der Frage nach, wie es kommt, dass die Statistiken über die Exstirpation des Mastdarmkrebses so unendlich verschiedene Werthe für den Dauererfolg und die Mortalität des Eingriffes aufweisen. Er kann die Ursachen nicht in der Verschiedenartigkeit des Materials und nicht in der Ungleichheit der Operationstechnik finden, wo es sich meist um unsre hervorragendsten Operateure handelt. Nach seiner Ansicht hängt der Unterschied vielmehr von der Indikationsstellung vor und während der Operation ab. So sind die Erfolge in der v. Bergmann'schen

Klinik in der ersten Zeit der Mastdarmoperationen, in der man die Indikation einschränkte, 3mal so gut gewesen wie später bei weiter ausgedehnter Vornahme solcher Eingriffe.

Lässt es Alter und Befinden des Pat. zu, so operirt v. Bergmann auch bei Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Den Bestrebungen, den Mastdarmkrebs bei hohem Sitze vom Damme aus anzugreifen, schließt er sich nicht an. Er hält bei diesen Fällen für die souveräne Methode den dorsalen Schnitt. In seiner Klinik ist das osteoplastische Verfahren nach Schlange das übliche. Die Vorbereitungskur mit Gaben von Ricinusöl und Einläufen dauert 8 bis 10 Tage, event. auch länger. Eine präliminare Kolotomie wird nicht vorgenommen; die Operationswunde wird ausreichend tamponirt. Häufig traten auch bei Anwendung von steriler Gaze zur Tamponade Delirien auf, welche vielleicht bakteriell veranlasst sind. Die Statistik umfasst ein Material von 125 Radikaloperationen, und zwar 60 Amputationen und 65 Resektionen.

Bei den Amputationen wurde 17mal ohne Knochenoperation vorgegangen. In der Hälfte der Fälle wurde das Bauchfell eröffnet. Im Anschlusse an den Eingriff starben 14,7%, keiner aber durch Infektion. Länger als 3 Jahre nach der Operation und ohne Recidiv leben noch 11 = 28,2%. Von den Gestorbenen haben übrigens auch eine große Zahl noch längere Zeit nach der Operation gelebt, und zwar bis zu 5 Jahren.

Bei den Resektionen wurde das Bauchfell in der Regel eröffnet und nach Herunterziehen des Darmes wieder durch Naht verschlossen. Nur bei Infektionsmöglichkeit wurde tamponirt. Die Darmversorgung findet nach der v. Hochenegg'schen Durchziehmethode statt.

Früher wurde die cirkuläre Naht geübt, welche meist zur Bildung einer Fistel führte. Letztere war indessen leicht zu schließen und ging oft bei der Schlange'sche Osteoplastik von selbst zu. 2mal wurde mit Bauchschnitt operirt mit einem Todesfalle und einer Heilung. Bei den 65 Resektionsfällen wurde 38mal die typische Kreuzsteißbeindurchtrennung gemacht, 8mal wurde das Steißbein temporär resecirt. In 17 Fällen wurde eine Resektion ohne Osteoplastik ausgeführt. Die Mortalität der Resektionen betrug 47,7%, eine hohe Zahl, die durch die große Länge der Operationen wie durch die blutige Methode von Schlange erklärt ist. Länger als 3 Jahre nach dem Eingriffe lebten noch 5 Operirte, ein Pat. lebt heute noch nach 8 Jahren. Der Dauererfolg beträgt 26,9%.

W. erklärt, dass die Sterblichkeit zwar eine hohe sei, sich aber sehr viel herabmindern ließe, wenn die Indikationen nur um ein Geringes eingeschränkt würden. Für die Richtigkeit eines radikaleren Standpunktes in der v. Bergmann'schen Klinik sprächen aber wohl die Dauererfolge, welche durch ein recidivfreies Triennium bestimmt werden.

Die Arbeit ist eine werthvolle Bereicherung der Statistiken, die uns die letzten Jahre über den Mastdarmkrebs und seine Radikal-

heilung gebracht haben, besonders auch zuletzt noch durch das v. Hochenegg'sche Referat des letzten Chirurgenkongresses.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **A. Posselt** (Innsbruck). Die geographische Verbreitung des Blasenwurmleidens, insbesondere des Alveolarechinococcus der Leber und dessen Kasuistik seit 1886.

Stuttgart, Enke, 1900. 334 S.

Verf. hat mit großem Eifer alle bisher publicirten Fälle von alveolarem Echinococcus — 213 an Zahl —, anschließend an die Statistik Vierordt's, gesammelt, kritisch gesichtet und in den einzelnen Fällen sich bemüht, den sicheren oder wahrscheinlichen Infektionsort der Patt. aufzufinden. Zum Vergleiche wurde noch die geographische Verbreitung des cystischen Echinococcus eingehend berücksichtigt. Dabei zeigte es sich wiederum, dass ein unverkennbarer Antagonismus zwischen beiden Wurmarten existirt, so zwar, dass dort, wo der unilokuläre Echinococcus öfter oder sehr häufig vorkommt, der alveoläre selten oder nie gefunden wird, und umgekehrt, dass in den specifischen Verbreitungsbezirken des Alveolarechinococcus dieser, trotz seines immerhin seltenen Vorkommens, jenen an Häufigkeit noch weitaus übertrifft. Dasselbe Verhältnis zeigt sich auch in Russland, so wie für manche herdförmig scharf begrenzte, einander geographisch nahe liegende Distrikte der einen bezw. der anderen Wurmart (z. B. Tirol). — P.'s Werk dürfte somit einen dankenswerthen Beitrag zur »geographischen Medicin« darbieten; demjenigen aber, welcher sich mit der, auch für den Chirurgen interessanten Echinokokkenkrankheit beschäftigt, wird es als Quellenwerk gute Dienste leisten.

A. Most (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

111. Sitzung am Montag, den 9. Juli 1900 im Langenbeckhause.

Vorsitzender: Herr Lindner.

1) Herr Merkens (Krankenhaus Moabit): Krankenvorstellung.

a. Die zuerst vorgestellte, 42jährige Pat., wegen Entzündung der Mastdarmschleimhaut und Striktur bereits 1881 und 1894 anderswo operirt (Exstirpatio recti), suchte in äußerst desolatem Zustande das Krankenhaus Moabit auf.

Da Bougiebehandlung ohne Erfolg und eine anderweitige operative Behandlung unmöglich war, wurde am 15. November 1899 ein Anus praeternaturalis angelegt, was von sehr gutem Erfolge begleitet war. Pat hat 41 Pfund zugenommen.

b. Die 2. vorgestellte Pat. leidet an einem Sarkom des linken Oberarmes und der Schulter von kolossaler Größe; derselbe besitzt die Größe etwa des Oberschenkels eines kräftigen Mannes. Vor 3 Jahren begann die Entwicklung bis zu der erreichten jetzigen Größe.

Herr Sonnenburg fügt hinzu, dass die Aufnahme eines Röntgenbildes nicht möglich war, weil so große Platten nicht vorhanden waren. Trotzdem scheinbar Metastasen nicht da sind, ist an eine Operation wohl nicht mehr zu denken.

Ein gleichzeitig mit vorgestellter, von S. vor 2 Jahren wegen Osteosarkom unter Wegnahme des Schultergürtels operirter Mann ist recidivfrei geblieben bis auf ein kleines Drüsenpacket in der Supraclaviculargrube.

Herr v. Bergmann hält den Kräftezustand der Pat. für zu elend für einen operativen Eingriff. Solche Tumoren wachsen tief in die Muskeln hinein; dieselben müssen bis an die Ansatzstellen mitentfernt werden, will man Recidive vermeiden; auch der Schultergürtel muss mitexstirpirt werden.

Herr Sonnenburg hat auch nicht mehr an die Möglichkeit einer Operation gedacht; es ist ihm lieb, dieselbe Meinung auch von Anderen getheilt zu sehen.

2) Herr Reichard: Zur Kasuistik der Perikardiotomie.

R. stellt 2 Pat. vor, die von Geh.-Rath Lindner Anfang des Jahres operirt worden waren. Es handelte sich beide Male um Perikardiotomie mit Rippenresektion, das 1. Mal wegen jauchig-eitriger, das andere Mal wegen serös-blennorrhagischer Perikarditis.

Der 1. Pat. war nach einer Messerstichverletzung in die linke Brustwarze an Perikarditis erkrankt. In fast desolatem Zustande kam er zur Operation, die wegen der hochgradigen Athemnoth und des jagenden, kaum fühlbaren Pulses fast ohne Narkose ausgeführt wurde. Schnitt auf die 3. linke Rippe, Resektion derselben, Vorgehen in die Tiefe (Unterbindung einer Art. mammaria), Eröffnung des Herzbeutels ohne Pleuraverletzung. Es stürzt massenhaft stinkender Eiter hervor. Einführung von 2 dicken Drains, Tamponade der Wunde. Dauer der Operation kaum 10 Minuten. Athmung und Puls besserten sich allmählich, nach 6 Wochen völlige Genesung.

Der andere Pat. hatte eine Perikarditis nach Influenza und Gelenkrheumatismus bekommen. Die Punktion, links im 5. Interkostalraume, außerhalb der Mammilla, hatte ein serös-hämorrhagisches Exsudat mit reichlich viel Eiterkörperchen ergeben. Operation in ähnlichem bedrohlichen Zustande. Resektion des 4. Rippenknorpels, Beiseiteschieben der Pleura, Anschneiden des Herzbeutels, aus dem stoßweise klare Flüssigkeit sich entleert. Das Herz arbeitete kolossal stürmisch, desshalb konnte hier nicht drainirt werden, sondern es wurde ein Drain auf die rings an die Muskelwand angesäumte Perikardwunde gelegt, zu beiden Seiten der Hautwunde herausgeleitet, und diese darüber vernäht.

Pat. erholte sich langsam; jetzt ist er ganz gesund, die Herzaktion ist noch etwas lebhaft.

Die Rippenresektion ist für die Perikardiotomie absolut nothwendig, die Operation wird dadurch technisch sehr leicht und übersichtlich.

In der Diskussion fragt Herr Israël, warum einmal die 3. und einmal die 4. Rippe resecirt worden sei?

Herr Lindner: Weil bei der Probepunktion daselbst Flüssigkeit aspirirt worden sei.

Herr Körte: Von den 2 von Brentano beschriebenen Fällen wurde der eine (mit serösem Exsudat) geheilt, der andere (mit Eiteransammlung) starb. Bei einem später von K. operirten Falle musste rechts vom Sternalrande eingegangen werden, weil die Wahrscheinlichkeit eines Empyems vorlag; dabei stellte sich heraus, dass es sich um ein perikardiales Exsudat handelte.

3) Herr Riese: a. Beiträge zur Darmchirurgie.

Vortr. berichtet zuerst über einen Fall von »reiner incarcerirter Hernie« des Wurmfortsatzes. Derartige Fälle finden sich in der Litteratur eingehend beschrieben von Rose, Brieger, Sarfert u. A.

Entgegen der Anschauung von Sonnenburg glaubt Redner mit denjenigen Autoren, die sich neuerdings mit diesem Thema beschäftigt haben, annehmen zu

müssen, dass ca. 10% aller Fälle von reiner Hernie des Proc. vermiformis, in denen also der letztere als einziger Bruchinhalt gefunden wurde, sicher akut eingeklemmt seien.

Ein gut entwickeltes Mesenteriolum ist Haupterfordernis für das Zustandekommen einer Einklemmung. Durch Druck auf die in derselben vorhandenen Gefäße kommt es zu Cirkulationsstörungen in dem Darmanhange, zur Stauung und Einklemmung. In dem vom Vortr. beobachteten Falle handelte es sich um akute Einklemmung in dem Schenkelbruche einer 51jährigen Frau. Der Fortsatz war einziger Inhalt in dem mit trübem Bruchwaser gefüllten kleinen Bruchsacke. Er war blauschwarz und so stark angeschwollen, dass er erst nach Spaltung der Bauchdecken von innen her von der Einklemmung befreit werden konnte. Er zeigte, wie an dem demonstrirten, in Formalin konservirten Präparate noch zu erkennen ist, eine scharfe Einschnürungsfurche an der Grenze zwischen oberem 1. Viertel und unterem 3. Viertel. Oberhalb derselben war er unverändert, unterhalb zeigte er hochgradigste Stauung. Das Mesenteriolum ist sehr gut ausgebildet. Eigentliche schwere Incarcerationserscheinungen bestanden in diesem Falle, wie in manchen anderen, nicht, doch glaubt Vortr., dass sie in kurzer Zeit aufgetreten wären, wenn nicht vorher schon eine Gangrän des Processus im Bruchsacke eingetreten wäre. Die Diagnose sicher zu stellen, wird meist unmöglich sein. Vortr. hatte in seinem Falle die Diagnose auf entzündeten Netzbruch gestellt. Die Pat. ist vor Monaten geheilt entlassen und befindet sich wohl.

b. Demonstration.

Vortr. demonstrirt ein Präparat hochgradigster Striktur des Colon an der Flexura lienalis, welche augenscheinlich auf dem Boden einer Typhusgeschwürsnarbe entstanden war. Das Präparat wurde durch Resektion gewonnen. Die Pat., der es angehört hat, war 59 Jahre alt, hatte vor 10 Jahren einen Typhus durchgemacht und war sonst gesund gewesen bis vor 8 Monaten, wo Verdauungsbeschwerden, Verstopfung, Durchfälle, selten Erbrechen eintraten. Seit 8 Tagen hatte sie Erscheinungen von chronischem Ileus gezeigt. Der Zustand bei der Aufnahme war sehr schlecht, es bestand hochgradigster Meteorismus, heftige Koliken, hochgradigste Auftreibung des ganzen Dünndarmes und des Dickdarmes bis zur Flexura lienalis, heftige Peristaltik. Ein hoher Einlauf füllte den Darm bis zur Flexura lienalis, förderte aber keinen Koth, sondern nur Schleim zu Tage. Eine Resistenz oder ein Tumor waren nirgends zu fühlen.

Die Diagnose wurde auf eine Striktur in der Flexura lienalis mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt.

Durch Laparotomie wurde die strikturirte Stelle an der erwarteten Stelle schnell gefunden und nach Entleerung von Koth und Gasen durch kleinen Einschnitt in den zuführenden Darmtheil eine cirkuläre Resektion ausgeführt. Verschluss des centralen Theiles und Einpflanzung des peripheren in einen seitlichen Schlitz des zuführenden Theiles. Die Naht war durch die enorme Hypertrophie der Muskulatur des über mannsarmdicken Colon transversum sehr erschwert.

Sofort nach der Operation ging der Koth in großen Mengen aus dem After ab. Anhaltende Durchfälle erweckten in den ersten Tagen starke Besorgnisse, am 3. Tage plötzlich stechender Schmerz im Leibe und 7 Stunden danach unter zunehmenden Erscheinungen einer Darmruptur Tod.

Die Sektion ergab an dem einen Winkel der Implantationsstelle eine kleine Lücke, an der die Naht nachgegeben hatte. Jedenfalls hatte sie einen enormen Druck auszuhalten gehabt. Trotz der zahlreichen Stuhlgänge fand sich noch fester und flüssiger Koth in dem immer noch enorm ausgedehnten Colon transversum. Im unteren Theile des Ileum und im Coecum (der ganze Darm wird demonstrirt) fanden sich zahlreiche alte Typhusgeschwürsnarben. Die resecirte strikturirte Partie ist ganz schmal, wie mit einem Bande von außen umschnürt, für eine dickere Sonde gerade durchgängig, aller Wahrscheinlichkeit nach aus einer Typhusgeschwürsnarbe hervorgegangen, obwohl die typhösen Ulcerationen am seltensten von allen im Darme vorkommenden Geschwürsbildungen zur strikturirenden Narbenbildung führen. In der Litteratur existiren nur sehr wenig

sichere Fälle. Ein von Hochenegg durch Ileocolostomie geretteter Fall wird vom Operateur selbst als zweifelhaft angenommen und nur in kausalen Zusammenhang mit Typhus gebracht.

c. Demonstration eines Präparates von Achsendrehung des Dünndarmes um ein Meckel'sches Divertikel mit weitem Lumen. Dasselbe wurde durch Sektion bei einem jungen Mädchen gewonnen, bei dem nur einige Stunden vor dem Tode eigentlicher Ileus bestand, vorher ab und zu Erbrechen, Resistenz in der Ileocoecalgegend, so dass zuerst das Bestehen einer Perityphlitis angenommen wurde, zumal ein in der linken Bauchseite befindliches freies Exsudat, dessen Vorhandensein für innere Einklemmung hätte sprechen können, am 2. Tage verschwand. Während die Operation vorbereitet wurde, starb Pat.

Der Wechsel der klinischen Erscheinungen wird von dem Vortr. darauf zurückgeführt, dass durch die Elasticität des Meckel'schen Divertikels, das hier als ziemlich weiter Darmtheil erschien, die Achsendrehung bald abgeschwächt, bald verstärkt wurde, bis sie dann endlich einen hohen Grad erreichte, der zu vollkommener Unwegsamkeit des Darmes führte.

d. Schließlich empfiehlt der Vortr. bei Peniscarcinomen die von Lucas in diesem Jahre empfohlene Methode der Amputation mit Verlagerung der Harnröhre, die ihm ein sehr gutes Resultat ergeben hat. Die Wundbehandlung bei gleichzeitiger Drüsenexstirpation wird beträchtlich erleichtert, Ekzeme durch Herabfließen des Harns auf das Scrotum werde sicher vermieden, da die Urinentleerung eine ganz vorzügliche ist.

Einen Dauerkatheter hat Vortr. nicht gebraucht, der Pat. hat gleich nach der Operation in hohem Bogenstrahl uriniren können.

e. Zuletzt räth der Vortr., bei der Behandlung der Gelenktuberkulosen mit Jodoforminjektionen eine stete Kontrolle durch Röntgendurchleuchtung vorzunehmen. Man weiß dann ganz sicher, wohin das Jodoform gedrungen ist, was namentlich bei der Tuberkulose komplicirterer Gelenke, wie z. B. des Handgelenkes, bei dem nur einzelne Abtheilungen des Gelenkes erkrankt zu sein brauchen, sehr wichtig ist. Aber auch bei großen Gelenken, bei denen es sich nur um die Erkrankung bestimmter Recessus und Taschen handelt, ist es angenehm zu wissen, ob das Jodoform an die richtige Stelle gelangt ist. Ein Skiagramm von einem Handgelenke, in das Jodoform eingespritzt ist, wird zur Veranschaulichung der Verhältnisse demonstrirt.

Diskussion: Bei Gelegenheit einer Bruchoperation fand Lindner den im Bruchsacke liegenden Processus vermiformis intakt, bei der Reposition trat plötzlich Koth aus der Bauchhöhle heraus. Vermuthlich war durch die Einklemmung des Proc. vermiformis ein Zug auf den Darm ausgeübt, derselbe brüchig geworden und perforirt.

Herr Sonnenburg kann sich nicht recht vorstellen, wie ein gesunder Proc. vermiformis sich einklemmen sollte; seiner Meinung nach erfolgt die Einklemmung erst sekundär, sobald der Wurmfortsatz entzündet ist; die Appendicitis muss vorangehen im Bruchsacke.

Herr Körte hat eingeklemmte Wurmfortsätze gesehen, die zur Zeit der Entstehung der Einklemmung noch nicht entzündet gewesen sein konnten, sondern erst nach der Einklemmung entzündet (gangränös) wurden.

Auch Herr Langenbuch ist der Meinung, dass der Processus vermiformis sich einklemmen kann, ohne entzündet zu sein.

Herr Sonnenburg: Auffällig und nicht recht zu erklären bleibt der Mechanismus trotzdem; beim Darme giebt es einen zu- und abführenden Schenkel, beim Processus vermiformis nicht.

4) Herr Körte: Demonstration eines Präparates von geplatztem Aneurysma der Iliaca externa mit Unterbindung der Aorta abdominalis.

Ein 28jähriger Mann, auf einer Radtour mit Schmerzen im Leibe erkrankt, eine Zeit lang wegen Perityphlitis behandelt, zeigt bei der Aufnahme eine pul-

sirende Geschwulst in der rechten Leistengegend oberhalb des Poupart'schen Bandes, die sich bis zur Nierengegend fortsetzt.

Diagnose: Hämatom von einem pulsirenden Aneurysma der Arteria iliaca.

Laparotomie in der Mittellinie. Nach Beiseiteschieben des vorgefallenen Coecum unterband K. die Arteria iliaca communis. Er konnte zwar das Aneurysma angreifen, die Exstirpation wäre auch möglich gewesen, er hätte dann aber auch die Art. femoralis und hypogastrica mit unterbinden müssen.

Das Aneurysma fiel nach Zuziehen der Ligatur zusammen und pulsirte nicht mehr. Nach einigen Tagen kam es zu kopiösen blutigen Entleerungen durch den Darm; es erfolgte dann eine gute Rekonvalescenz, die Schwellung blieb aber bestehen, die Geschwulst wuchs, das Bein stellte sich in Flexion. Wegen der außerdem noch hinzutretenden Schmerzen hielt es K. nach 30 Tagen für angezeigt, den Blutsack zu entleeren, da nunmehr wohl eine Kommunikation zwischen Blutstrom und Aneurysma ausgeschlossen schien. Nach Incision quoll viel Blut vor, nach Entleerung der Höhle aber ein starker Blutstrom. K. vergrößerte den ursprünglichen Laparotomieschnitt bis zum Nabel, spaltete das Peritonealblatt, legte die Aorta frei und unterband sie. Die Blutung stand, die Coagula werden ausgeräumt.

Pat. starb wenige Stunden nach dem Eingriffe. Das Herz war stark vergrößert. Zeichen von Lues wurden bei der Sektion nicht gefunden.

Auffällig ist, dass sich unterhalb der Unterbindung ein so starker Kreislauf bilden konnte. Thierversuche von Sonnenburg u. A. haben erwiesen, dass bei Thieren mit gut ausgebildetem Bauche nach Unterbindung der Art. iliaca sich durch die stark entwickelte Art. epigastrica, durch Lumbaläste, die Arteria mesenterica superior, ferner durch Vasa vasorum bald ein Kollateralkreislauf bildet. Ein jüngst in den Bulletins de la société de médecine, Maiheft 1900, von Tillaux beschriebener Fall, der 39 Tage lang am Leben geblieben war, zeigte bei der Sektion, dass T. nicht die Art. iliaca, sondern die Aorta unterbunden hatte. Trotz alledem hatte sich eine Blutversorgung wieder eingestellt.

Von den anderen 12 Fällen von Aortenaneurysma, die bis jetzt publicirt sind, lebten nach der Operation 10 noch 2 Tage, einer 10 Tage (Montéiro).

Herr Sonnenburg erwähnt, dass die Pulsation in der Femoralis sich bei Thieren sehr bald wieder einstellt, und dass auch in dem Falle Körte's die Pulsation in dem Sacke durch die Art. femoralis bedingt sein, die Blutung also auch dieser entstammen könnte.

5) Herr Lindner: Über Witzel's Gastroenterostomose mit Gastrostomose.

In der Magenchirurgie ist zur Zeit ein gewisser Stillstand eingetreten, und es erscheint dem Vortr. fraglich, ob die neuerdings gemachten Vorschläge Witzel's zur Verhütung des Magenileus nicht vielleicht einen Rückschritt bedeuten.

Witzel (vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1900 No. 19 u. 20, die Gastroenterostomosis, Gastrostomosis und ihre Verbindung zur Gastroenterostomosis) glaubt die Schwierigkeit beseitigt, sobald man ein Mittel in der Hand habe, den abführenden Schenkel von vorn herein aufzublasen oder mit Flüssigkeit anzufüllen. Nur auf diese Weise wird sicher eine reguläre Peristaltik im abführenden Darme eingeleitet und werden normale Fortbewegungsverhältnisse geschaffen. Sein Verfahren ist nun Folgendes: »Ein in die vordere Magenwand eingenähter Schlauch verläuft quer durch den Magen, passirt die Anastomose und endigt mit seiner Öffnung im abführenden Jejunumschenkel. In den Schlauch eingegossene Flüssigkeit wird also mit Umgehung des Magens, Duodenum und des zuführenden Schenkels direkt in den abführenden Theil des Jejunum gelangen«.

Bei Rückenlage des Pat. füllen sich Darm und Magen sehr leicht übermäßig an, und aus der vorderen hochliegenden Öffnung kann nichts ausfließen; es genügt dann oft schon Hochsetzen des Kranken oder Einführung der Sonde. Sollten die Pat. häufig erbrechen, so aspirirt der Magen noch dazu aus dem abführenden Schenkel; es ist also nicht nöthig, dort ein Hindernis anzunehmen.

L. macht die hintere Gastrostomie mit sofort angeschlossener Enterostomose; er ist mit seiner Methode sehr zufrieden, hat unter 28 Fällen nur 2 Todesfälle, sieht keinen zwingenden Grund, neue Methoden zu erfinden.

Witzel irrt, wenn er meint, dass die Anfüllung des Magens durch Spornbildung entstehe; viel mehr ist das Netz betheiligt: es legt sich um den abführenden Schenkel und dreht diesen um die Hälfte seines Umfanges herum. Dies würde die Einführung eines Katheters und sofortige Aufblähung des Magens auch nicht verhindern.

Herr Israël kann nach von ihm beobachteten Fällen den Ansichten Witzel's ebenfalls nicht beipflichten. Es ist oft außerordentlich schwer, auch trotz einer zweiten Laparotomie, die Ursache der Abflussverhinderung, des Regurgitirens, des Erbrechens festzustellen, ferner ob diese Erscheinungen manchmal auf nervöser Basis (Hysterie?) beruhen oder nicht.

In ähnlichem Sinne äußern sich die Herren Körte und Langenbuch.

Sarfert (Berlin).

---

20) **C. W. Allen.** The inoculation wound of lues.

(New York med. record 1900. März 17.)

Über eine ungewöhnlich hohe Statistik von extragenitalen Luesinfektionen, nämlich 46 von 100 Fällen, verfügt A. In der Privatpraxis 15 von 100 Fällen.

Bei Infektionen im Gesichte und am Kopfe ist die Schwellung der Lymphdrüsen geeignet, zur Differenzirung von Sykosis, gewöhnlichen Wunden, Erosionen auf der Lippe etc. beizutragen. **Loewenhardt** (Breslau).

21) **V. Mibelli.** Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 9.)

Bei einem 8 Jahre vorher syphilitisch inficirt gewesenen Individuum fanden sich neben einem tuberösen Syphilid und einem typischen Leukoderm weiße Flecke von verschiedener Größe, welche zugleich eine Konsistenzveränderung der Haut aufwiesen: sie waren weicher, »nachgiebiger« als die Umgebung, Narben ähnlich, aber nicht wirklich narbig; sie erinnerten am meisten an Striae — in Frankreich nennt man solche atrophische Veränderungen auch wirklich »Vergetures arrondies«. Derartige Läsionen kommen auf Grund syphilitischer Exantheme vor (»Leucoatrophie cutanée«); sie sind aber auch nach anderen erythemato-papulösen und hämorrhagischen Exanthemen beobachtet. Im vorliegenden Falle konnte ihre Pathogenese nicht ermittelt, ihr Zusammenhang mit einem syphilitischen Exanthem nicht erwiesen werden.

Histologisch ergab sich außer Zellinfiltration um die Gefäße eine Verdünnung des elastischen Netzes speciell in der Pars reticularis cutis. Auf diese Veränderung des elastischen Gewebes führt M. mit Wahrscheinlichkeit die weiße Farbe und die Schlaffheit der Haut zurück. Ref. hat gelegentlich eines Falles vorgeschlagen, diejenigen Veränderungen der Haut, welche durch eine eigenartige Konsistenzveränderung, eine auffallende Weichheit charakterisirt sind, und bei denen diese Änderung auf den Verlust des elastischen Gewebes bei Erhaltenbleiben des Bindegewebes zurückzuführen ist, als »Anetodermien« (von ἄνετος = weich) zu bezeichnen. Das Prototyp dieser Affektionen sind die Striae, bei denen die elastischen Fasern fehlen, weil sie zerrissen und zurückgeschnellt sind. Diese Veränderung unterscheidet sich sowohl von der Narbenbildung, bei der auch das collagene Gewebe verändert ist, als auch von der gewöhnlichen Atrophie. M. möchte seinen Fall doch zu den Atrophien rechnen; er glaubt, dass er vielleicht in Analogie zu den »Neurosyphiliden« Unna's zu setzen ist — doch sind die letzteren in ihrer Erklärung wohl nirgends acceptirt. **Jadassohn** (Bern).

22) **F. Veiel.** Über die Radikaloperation des Ösophagusdivertikels.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

V. berichtet über einen Fall von Speiseröhrendivertikel, bei welchem v. Bruns die Radikaloperation mit gutem Erfolge durchführte. Es handelt sich um eine 57jährige, mit Kropf behaftete Frau, die seit 6—10 Jahren an erheblichen, dauernd zunehmenden Schluckbeschwerden litt. Bei der Operation wurde zunächst ein faustgroßer, den Zugang zur Speiseröhre verlegender Kropf exstirpirt, dann unter Leitung der Schlundsonde das sackförmige Divertikel freipräparirt und an seinem Übergange in die Speiseröhrenwand abgetragen. Schluss der Speiseröhrenwunde in 2 Etagen nach dem Principe der Darmnaht; Tamponade der Wundhöhle; theilweise Naht der äußeren Haut. Die Speiseröhrennaht hielt; reaktionslose Heilung.

Anschließend stellt V. noch 22 weitere Fälle von Radikaloperation eines Speiseröhrendivertikels aus der Litteratur zusammen; 5 derselben endeten tödlich, eine primäre Verheilung der Ösophaguswunde war nur 4mal erzielt worden.

Eine Erörterung auch der übrigen Behandlungsmethoden führt Verf. zu dem Schlusse, dass in leichteren Fällen die Sondenbehandlung, in schwereren die Radikaloperation indicirt ist. **Honsell** (Tübingen).

23) **M. Lucas-Championnière.** Hernie inguinale double avec ectopie testiculaire abdominale double (cryptorchidie). Solidité parfaite de la cure radicale au bout de douze ans. Resultats de la conservation des testicules. Resultats opératoires pour 42 opérations de cure radicale pour hernie avec ectopie testiculaire, dont six cas d'ectopie double.
(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 24.)

Unter diesem ausführlichen Titel berichtet der bekannte Chirurg seine Erfahrungen über die Leistenbrüche bei gleichzeitiger Hodenektopie. Gelegenheit hierzu bot ihm ein Fall, den er 12 Jahre vorher wegen doppelseitigen vollständigen Kryptorchismus und Leistenbruchs zweizeitig operirt hatte, und bei welchem die Hoden mühsam aus der Bauchhöhle in die Hodenabtheile herabgeleitet worden waren. Die Hoden fanden sich nach 12 Jahren nicht mehr im Sacke, sondern bis nahe an den äußeren Leistenring heraufgezogen; trotzdem war der Erfolg gut zu nennen. Jetzt — mit 22 Jahren — wurde der linke Hode sehr schmerzhaft und musste entfernt werden; er war von vorn herein der atrophischere von beiden.

Die weiteren Erfahrungen des Verf. lassen sich dahin zusammenfassen, dass die Herabholung des Hodens in jedem Falle versucht werden müsse. Hierzu genügt es nicht, einfach zu ziehen, sondern die oft sehr festen fibrösen Stränge, die den Hoden fixiren, sind nach und nach scharf zu trennen. Bleibt hierbei nur das Vas deferens übrig, und ist der Hode an sich sehr atrophisch, ist die Kastration anzurathen.

Ob die herabgeführten bezw. im Hodensack fixirten Hoden eine normale Samenproduktion bethätigen oder nicht, bedarf noch weiterer Untersuchung. Im mitgetheilten Falle war nichts von germinativen Vorgängen zu erkennen.

Christel (Metz).

24) **J. Rotter.** Ein Fall von Polyposis recti et intestini crassi.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 4.)

Kurzer Nachtrag zu dem im gleichen Archiv Bd. LVIII Hft. 2 veröffentlichten Falle, welcher 3 Jahre nach der Exstirpation des Adenoma malignum recti an einer Metastase der Beckenschaufel gestorben ist. Seiner Zeit waren direkt nach der Operation lokale Recidive aufgetreten, welche aber spontan geheilt waren. Diese sehr wunderbare Spontanheilung hat nach dem anatomischen Präparate bis zum Tode angehalten. Der übrige abgebildete Dickdarm zeigt ein schönes Bild der

Polyposis intestini crassi. Die Metastase muss natürlich von den exstirpirten bösartigen Geschwülsten herrühren, da die Polyposis an sich ein gutartiges Leiden ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **H. W. Jacob.** Notes on a case of acute pancreatitis complicating mumps.

(Brit. med. journ. 1900. Juni 23.)

Ein 12jähriger Knabe erkrankte an einer typischen Parotitis. 3 Tage nach Beginn der Erscheinungen traten sehr starkes Erbrechen so wie Schmerzen in der Magengegend auf, welche sich über die ganze obere Bauchregion ausdehnten. Der Leib war nicht ausgedehnt. Der Leberrand konnte palpirt werden und war auf Druck empfindlich. Unterhalb der Leber fand sich eine auf Druck nicht schmerzhafte Partie, über welcher der Perkussionsschall voll tympanitisch war Weiter nach unten und getrennt von der Leber war eine wurstförmige Masse zu fühlen, welche sich, vom Epigastrium leicht nach oben verlaufend, bis zum linken Hypochondrium erstreckte. Druck war intensiv schmerzhaft. Bei starkem Drucke erwies sich der Perkussionsschall als gedämpft; wenn der Finger nur leicht aufgelegt wurde, hatte derselbe einen tympanitischen Beiklang, ein Zeichen, dass die Schwellung wahrscheinlich hinter dem Magen gelegen war. Während der Athmung bewegte sich dieselbe nicht, wohl aber konnte sie leicht verschoben werden. Auf Grund der Lage des Tumors und der sonstigen Erscheinungen kam J. zu dem Schlusse, dass eine metastatische Entzündung des Pankreas vorläge. Nach Darreichung von Ricinusöl trat eine reichliche Darmentleerung ein, worauf die Schwellung noch besser abzugrenzen war, wie vorher.

Das Fieber fiel allmählich ab, Schwellung und Schmerzhaftigkeit gingen zurück; nach 7 Tagen waren alle Erscheinungen geschwunden.

Weiss (Düsseldorf).

26) **J. C. Uhthoff and E. F. Maynard.** A case of haemorrhagic pancreatitis.

(Brit. med. journ. 1900. Juni 23.)

Ein 77jähriger Mann, welcher schon seit einiger Zeit an Verdauungsstörungen gelitten hatte, erkrankte plötzlich mit Schmerzen im Leibe, Erbrechen, verbunden mit erheblichem Collaps. Der Leib war empfindlich, aber nicht ausgedehnt. Das Erbrochene war kaffeesatzartig. Das Erbrechen dauerte bis zum Tode, welcher $3^1/_2$ Tage nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen erfolgte, nachdem schon 2 schwere Collapsanfälle vorausgegangen waren. Bei der Sektion fanden sich in der Peritonealhöhle zahlreiche Stellen von Fettnekrose am Peritonealüberzuge der Eingeweide und am Netze. In der Peritonealhöhle selbst fanden sich keine Zeichen von Peritonitis. In der Bursa omentalis dagegen war eine geringe Menge blutig gefärbter Flüssigkeit vorhanden. Zudem wölbte eine orangegroße, dunkelrothe, cystisch aussehende Geschwulst die Peritonealbekleidung der hinteren Bauchwand vor. Dieselbe gehörte dem Kopfe des Pankreas an. Das ganze Organ war mit den umgebenden Geweben fest verwachsen und beträchtlich vergrößert. Über die ganze Oberfläche verstreut fanden sich Flecke von Fettnekrose. Im Pankreaskopfe fand sich eine beträchtliche Blutung, kleinere Blutungen waren durch das ganze Parenchym hin verstreut. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

Weiss (Düsseldorf).

27) **E. Lexer.** Operation eines Mesenterialfibroms mit ausgedehnter Resektion des Dünndarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 1.)

Der Fall betrifft einen 41jährigen, kräftigen Mann, welcher öfter über ziehende, sich auch kolikartig steigernde Schmerzen im Leibe klagte, die nach mehreren Wochen vollkommen verschwanden. Die Untersuchung stellte eine große, harte

Geschwulst im Bauche fest. Zu der schon damals vorgeschlagenen Operation konnte sich Mangels an Beschwerden Pat. nicht entschließen. Erst nach einigen Monaten willigte er in dieselbe, nachdem das Wachsthum der Bauchgeschwulst ihn beunruhigte.

Die Lage der Geschwulst in der Mitte des Unterleibes, ihre Größe und Härte, so wie ihre große Beweglichkeit ließen auf eine solide Gekrösgeschwulst schließen, was auch die Laparotomie bestätigte. Sie gehörte dem Dünndarmgekröse an.

Auf ihrer Vorderfläche war eine große Dünndarmschlinge mit schmalem Mesenterialansatze befestigt, dessen beide Platten aus einander wichen, um die Geschwulst zu bekleiden; der Stiel, von dem sie an der Wirbelsäule festgehalten wurde, war von der Mesenterialwurzel gebildet, welche sich durch starke Gefäße auszeichnete.

Nach mehreren Durchstechungen und Ligaturen wurde der Stiel durchtrennt und dadurch ein beträchtlicher Abschnitt des zu- und abführenden Darmstückes seiner ernährenden Gefäße beraubt. Das desshalb zu resecirende Darmstück war nahezu 2 m lang; davon hatten ungefähr $^2/_3$ eine innige Verbindung mit der Geschwulst durch ein kurzes, freies Mesenterium. Enteroanastomose nach **Braun**, so dass die Richtung der peristaltischen Bewegung in den beiden Darmschenkeln die gleiche blieb. Schluss der Bauchwunde durch doppelte Nahtreihe.

Nach reaktionslosem Heilungsverlaufe konnte Pat. am 20. Tage nach der Operation das Bett verlassen. Nach weiteren 3 Wochen vertrug der Kranke die Krankenkost der Klinik, ohne dass sich auch weitere Beschwerden von Seiten des Darmkanales bemerkbar gemacht hätten. Die exstirpirte kuglige Geschwulst mit glatter, glänzender Oberfläche zeigte 25 cm im größten Durchmesser und wog 5 Pfund, war der Hauptmasse nach ein Fibrom; nur an einer kleinen Stelle im Innern zeigte sie myxomatösen Charakter. **Gold** (Bielitz).

28) **J. Schramm.** Totalexstirpation einer großen Mesenterialcyste.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 52.)

Es handelte sich um eine 48jährige Frau, die bei gleichmäßiger Anschwellung des Leibes nicht über die geringste Empfindung daselbst zu klagen hatte. Mit der allmählich zunehmenden Ausdehnung des Leibes traten Respirationsstörungen und hartnäckige Stuhlverstopfung auf. Nach gründlicher Untersuchung war die Diagnose auf Ovarialcyste mit ausgedehnten Adhäsionen gestellt worden, doch fand sich bei der Operation eine von der Gekröswurzel ausgehende Cyste, welche punktirt wurde; dann ließ sich der Cystensack hervorziehen und aus den Mesenterialblättern stumpf herausschälen. Als ein Hauptsymptom für die Erkennung von Gekrösgeschwülsten gilt ihre große Beweglichkeit. Wenn aber, wie bei Frauen, die Geschwulst die ganze Bauchhöhle ausfüllt, und Verklebungen mit dem parietalen und visceralen Blatte des Bauchfelles entstehen, so wird eine Unterscheidung von einer Ovarialcyste ohne Nachweis der Eierstöcke unmöglich. Ein anderes wichtiges Symptom der Gekrösgeschwülste bildet auch die Obstipation, als Folge des mechanischen Druckes auf die mesenterialen Nervenbahnen und auf das Darmrohr selbst. S. räth zur Radikaloperation auch bei scheinbar unüberwindlichen Verhältnissen; käme man nicht zum Ziele, so kann man noch immer die Anheftung und Drainage der Cyste ausführen. **Gold** (Bielitz).

29) **J. Swain.** A retrospect of a second series of 50 consecutive intraabdominal operations.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. Juni.)

50 Fälle aus den verschiedensten Gebieten der Bauchchirurgie. Erwähnenswerth sind folgende:

1) Leberabscess nach Malaria. Beginn der Erkrankung vor 5 Wochen mit Frösteln und Leibschmerzen, Schwellung in der rechten Seite des Abdomens, pleuritische Erscheinungen rechterseits, kein Ikterus. Resektion der 9. rechten Rippe in der Axillarlinie; nach Eröffnung der Pleurahöhle werden die Incisionsränder

der Costalpleura mit der Pleura diaphragmatica in der Weise vernäht, dass auf letzterer ein Kreis von ca. $3^1/_2$ cm Durchmesser eingeschlossen und zugleich die Pleurahöhle abgeschlossen wird. Innerhalb dieses Bereiches Incision durch das Zwerchfell und reichliche Eiterentleerung aus der Leber (bakteriologisch steril). Drainage der Wunde; der operative Pneumothorax nach einigen Tagen resorbirt. Schluss der Wunde trat nach einigen Monaten ein. Verf. empfiehlt, bei allen Operationen am Gallensystem prophylaktisch mehrere Tage Chlorcalcium zu geben. Trotzdem einmal Tod an cholämischer Nachblutung.

2) 6jähriges Kind, vor 4 Wochen unter den Erscheinungen einer subakuten Appendicitis erkrankt. Bei der Operation fand sich ausgedehnte Verbackung der Därme in der Ileocoecalgegend durch tuberkulöse Granulationen, zahlreiche vergrößerte Mesenterialdrüsen, diffuse Miliartuberkulose der Därme. Abkratzen der tuberkulösen Granulationen, Heilung. (Nicht weiter beobachtet.) Verf. glaubt, dass die akute und subakute Miliartuberkulose überhaupt im Kindesalter häufig mit Appendicitis verwechselt werden könne.

3) Retroperitoneales Lipom von etwa Mannskopfgröße, vor der Operation mit Ovarialcyste verwechselt. Die Verwachsungen waren so ausgedehnt und fest, dass von einer Entfernung Abstand genommen wurde.

Bei Operationen appendicitischer Abscesse machte Verf. die Erfahrung, dass, wenn der Wurmfortsatz nicht entfernt werden konnte, er trotzdem später meist spontan atrophirte, und dass zurückgebliebene Fisteln sich schlossen.

Mohr (Bielefeld).

30) W. W. Keen. A case of ligature of the abdominal aorta just below the diaphragm, the patient surviving for forty-eight days; with a proposed instrument for the treatment of aneurisms of the abdominal aorta by temporary compression.

(American journal of the medical sciences 1900. September.)

Das ungewöhnliche Interesse des Falles rechtfertigt wohl eine möglichst ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte:

52jähriger verheiratheter Arbeiter, aus dessen Vorgeschichte nur eine wahrscheinliche syphilitische Infektion erwähnenswerth ist. 2 Monate vor der Aufnahme hatte er einen heftigen Schmerzanfall in der Regio epigastrica, ausstrahlend in den Rücken. — Bei der Aufnahme (8. November 1899) bestand dauernder Schmerz im Epigastrium, Verstopfung, Appetitlosigkeit. Urin klar, sauer, eiweiß- und zuckerfrei. Kein deutliches Atherom der Radiales. Brustorgane ohne Besonderheiten.

Im Bauche, halbwegs zwischen Schwertfortsatz und Nabel, eine Geschwulst von etwa 7 cm Durchmesser, rund, schon für das Auge durch die Bauchdecken wahrnehmbar, bei Tastung deutlich ausgedehnt pulsirend, bei Auskultation ein lautes Geräusch über derselben. Ob dieselbe sich in der Richtung der Aorta nach abwärts fortpflanzte, wurde nicht festgestellt. — Die Diagnose wurde auf Aneurysma gestellt und dem Pat. zwecks Elektropunktur eine Probeincision vorgeschlagen, die er aber verweigerte.

22. November. Pat. wird wieder hereingebracht mit Klagen über große Schmerzen in der linken Seite. Die ganze linke Bauchhälfte vom Rippenbogen bis in die Lendengegend und nach der Mitte hin 3 cm über die Medianlinie nach rechts übergreifend ist ausgefüllt von einer weichen, elastischen Geschwulst. Dabei besteht Collaps, der Puls ist sehr schwach. Unter Excitantien, Ruhe und flüssiger Nahrung erholt Pat. sich, so dass am 29. November zur exploratorischen Operation geschritten werden kann. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwies sich die große Geschwulst, wie vermuthet, als ein gewaltiges Hämatom, offenbar durch Ruptur des Aneurysma entstanden, das seinerseits in unveränderter Größe und Gestalt gefühlt werden konnte; es stand sicher mit der Aorta in Zusammenhang. Mit Rücksicht auf den schwachen Zustand des Pat. wurde von weiteren Eingriffen abgesehen und die Bauchhöhle geschlossen.

Geringe Temperatursteigerung nach der Operation, die aber bald zur Norm zurückkehrt; Pat. erholt sich dabei von Tag zu Tag, und die Bauchwunde heilt glatt.

4., 5., 11. December je 48 ccm einer 2%igen Gelatinelösung injicirt, ohne Erfolg. Daher am 12. December abermalige Laparotomie, in der Absicht, die Elektropunktur auszuführen.

Incision in der Mittellinie. Nach Durchtrennung des Netzes liegt das durch das Aneurysma nach vorn verdrängte Pankreas vor. Zwischen ihm und dem Magen fühlt die Hand die Aorta und zu beiden Seiten derselben die Pfeiler des Zwerchfelles. An der Aorta keine Zeichen von Atherom oder sonstigen Veränderungen fühlbar.

Da oberhalb des Aneurysma noch 5—6 cm Spielraum blieben, so beschloss K. die Unterbindung der Aorta. Dieselbe erfolgte mittels Aneurysmanadel, die von links um das Gefäß herumgeführt wurde, während der linke Zeigefinger die Vena cava schützte. Das Durchziehen der 4 starken Seidenfäden gelang bei dem engen, tief gelegenen Operationsfelde nur mit äußerster Mühe, und auch ein senkrecht auf den ersten Schnitt nach links geführter Hilfsschnitt besserte die Zugänglichkeit nicht. Beim Zuschnüren der Ligatur hörte die Pulsation in der Art. femoralis auf, im Aneurysma war dies wegen des fortgeleiteten Gefäßstoßes oberhalb der Ligatur schwer zu konstatiren, doch war K. endlich überzeugt davon, dass auch hier keine Pulsation mehr bestand. Unmittelbar nach Schnürung der Ligatur wurden Kopf, Gesicht und Hals tief cyanotisch; diese Cyanose ging in einigen Stunden vorüber. Wenige Minuten nach der Unterbindung war das Aneurysma etwa um die Hälfte kleiner geworden.

Die Äthernarkose dauerte 1 Stunde und 25 Minuten; Pat. erhielt während derselben 1mal $^1/_{100}$ grain Atropin. sulf. und 4mal $^1/_{20}$ grain Strychnin. sulf., außerdem ein Klystier von Kaffee und Whisky. Der Puls stieg unmittelbar nach der Unterbindung von 90 auf 130 und war während der ganzen Operation sehr unregelmäßig, schwach und leicht zu unterdrücken.

Während der Operation kam keine größere Arterie, auch nicht die Pfortader, zu Gesicht. Die Bauchhöhle wurde mit Kochsalzlösung ausgespült, dann geschlossen. Die Beine, die kalt waren, aber keine Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen zeigten, wurden in Watte gepackt und mit Wärmflaschen umgeben.

5 Stunden nach der Operation konnte in der Femoralis wieder leise Pulsation gefühlt werden.

22. December. Geräusch im Aneurysma wieder leise zu hören. Beine sind von natürlicher Wärme.

24. December. Anfall von subakuter Cystitis.

27. December. Mammaria interna und Epigastrica ziemlich sicher zu fühlen.

10. Januar 1900. Pat. sitzt außer Bett.

28. Januar. Das Hämatom in der linken Bauchseite, das die Mittellinie um 3 cm überragte, bleibt jetzt 6 cm nach links von derselben.

Zwischen 9. Januar und 3. Februar werden noch 12 Gelatineinjektionen gemacht, aber ohne merkbaren Erfolg.

Am 28. und 29. Januar Schüttelfröste mit hoher Temperatursteigerung; im Blute Malariaplasmodien. Auf Chinin Temperatur wieder normal.

5. Februar. Klagen über Schmerzen in der Gegend des Aneurysmas, ausstrahlend in linke Leiste und Knie; leichte Temperatursteigerung.

6. Februar. Nachmittag 2 Uhr plötzlicher Collaps, Aneurysma pulsirt stärker, trotz Excitantien 3 Uhr 20 Minuten Tod.

Die $^1/_2$ Stunde post mortem aus äußeren Gründen sehr eilig vorgenommene Obduktion ergab unter Weglassung des Unwesentlichen Folgendes:

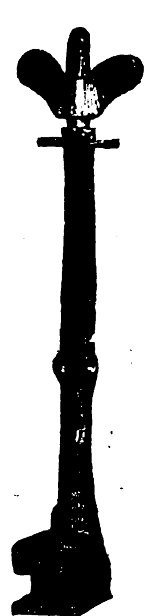
Im Bauche große Mengen flüssigen und geronnenen Blutes. Die Aorta an der Ligaturstelle, die unmittelbar unter dem Zwerchfelle liegt, von der Ligatur glatt durchgeschnitten. Von dieser Öffnung aus hatte sich das Blut ins retroperitoneale Gewebe ergossen und war dann dicht oberhalb der rechten Niere in die freie Bauchhöhle durchgebrochen. 3 cm oberhalb der Bifurkation findet sich an der Hinterwand der Aorta eine unregelmäßige, runde Öffnung, welche im größten

Durchmesser, parallel zur Längsachse des Gefäßes, 2 cm, im kleinsten 3 mm misst. Gerade hinter diesem Loche, seinen oberen Rand um 1 cm, seinen unteren um 5 cm überragend, liegt der Sack des Aneurysma spurium, das durch Perforation der Aorta an dieser Stelle entstanden ist; seine Vorderwand wird durch das Gefäß selbst, die Hinterwand durch die Wirbelsäule gebildet, von der die Körper des 11. und 12. Brust- so wie des 1. Lendenwirbels tief arrodirt sind. Die Durchmesser des Sackes, abgesehen von dem etwas kürzeren anterioposterioren, betragen 6 cm. Dieser Sack ist an der unteren linken Seite geborsten, und dadurch kam es zur Bildung des großen Hämatoms in der linken Seite.

Das Merkwürdigste ist, dass die Aorta, auch bei mikroskopischer Untersuchung, nur ganz geringfügige atheromatöse Veränderungen an einzelnen kleinen Stellen zeigt. Weder ober- noch unterhalb der Ligaturstelle wurden Thromben gefunden.

Herz, Nieren und Nebennieren normal, letzteres besonders bemerkenswerth, weil die Unterbindung sicher oberhalb der Aa. renales erfolgt war; die Urinmenge war in den ersten Tagen nach der Operation etwas herabgesetzt, dann aber wieder normal gewesen; eine genaue Harnuntersuchung war versäumt worden. In der Blasenschleimhaut finden sich zahlreiche kleine Geschwülste, mikroskopisch als Myxome festgestellt. Übrige Organe ohne Besonderheiten.

Verf. kann sich den Krankheitsverlauf nur so erklären, dass an der Stelle des Loches in der Aorta eine ernsthaftere atheromatöse Veränderung bestand, die zur Bildung eines kleinen echten Aneurysmas und durch Ruptur desselben zur Entstehung des größeren falschen führte.



Der Fall K.'s ist derjenige von allen in der Litteratur niedergelegten Fällen, bei welchem die Operation am längsten überlebt wurde. Doch ist K. der Ansicht, dass die Unterbindung der Aorta stets durch Durchschneiden der Ligatur zum Tode führen muss, weil das elastische Gefäß bei jeder Pulsation oberhalb der Ligatur ausgedehnt wird, und dies beständige Zerren zum Durchschneiden der Ligatur führen muss.

Er hat sich daher ein Instrument herstellen lassen, dessen Konstruktion aus der nebenstehenden Abbildung ohne Weiteres klar ist. Dasselbe wird bei eröffneter Bauchhöhle an die Aorta angelegt und das Gefäß durch Anziehen der Schraube zwischen den beiden, zur Vermeidung des Abrutschens rauh gemachten Fußplatten komprimirt.

Mit diesem Instrumente hat K. 4 Versuche an Thieren (Hunden) angestellt. Aus ihnen schließt er, dass bei Hunden die vollständige Obliteration der Aorta von Lähmung der Hinterbeine gefolgt ist, die aber selbst nach 48stündiger Kompression noch schwinden kann; dass nach wenigstens 24 Stunden ein Kollateralkreislauf die Cirkulation wiederherstellen, dass die Ernährung der Hinterbeine trotz 110 Stunden dauernder Kompression der Aorta erhalten bleiben kann; dass die Klemme, wenigstens bei Hunden, sich sowohl in toto, als auch in zwei Theilen leicht anlegen und eben so auch entfernen lässt, ohne Verletzung der Aorta.

R. v. Hippel (Dresden).

31) **H. Mynter.** Modern treatment of prostatic hypertrophie.

(Buffalo med. journ. 1900. August.)

Bei Prostatahypertrophie machte M. die Kastration 12mal, fast immer mit gutem Erfolge hinsichtlich der subjektiven Erscheinungen. Die Schrumpfung der Drüse ging dagegen immer sehr langsam vor sich. Die Operation wirkt am besten bei muskulärer und glandulärer Hypertrophie. Cerebrale Störungen wurden

nicht beobachtet; die Vasektomie hatte dagegen in seinen Fällen weder auf die Symptome, noch auf die Drüse selbst Einfluss. In einem weiteren Falle machte Verf. die Prostatektomie von einem medianen Perinealschnitte aus, welcher sich am hinteren Ende theilte und die vordere Hälfte der Afteröffnung umkreiste. Dann Lösung des vorderen Umfanges der Ampulle, Freilegung der Prostata, Kapseleröffnung und Ausschälung der Drüse. Die Harnröhre riss dabei ein. Resultat 3 Wochen p. op.: Besserung der Cystitis, Urin kann 4 Stunden gehalten werden.

Mohr (Bielefeld).

32) **S. Atanasijević** und **E. Mihel.** Ein Fall von Carcinom der Prostata mit Metastasen in den Knochen und in den Lymphdrüsen in inguine, im Bauche, im Mediastinum und in der linken Supraclaviculargegend.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1900. No. 5. [Serbisch.])

Der 60jährige Kranke ist seit einem Jahre krank, er klagt über schnelle Abmagerung und Schwäche, schweres Harnen, Schmerzen im Kreuze und in den unteren Extremitäten (in Form von Ischias), Verstopfung und schlechten Appetit.

Der anämische und abgemagerte Pat. zeigt in der linken Supraclaviculargrube und über dem rechten Poupart'schen Bande ein Konglomerat harter, fixirter Drüsen. Im Bauche rechts vom Nabel eine harte, unbewegliche Geschwulst. Die unteren Extremitäten paretisch. Die Blase einige Centimeter über der Symphyse fühlbar, paralytisch. Druck auf die Knochen der Extremität, des Beckens, der Wirbelsäule und des Schädels stark schmerzhaft. Prostata über doppelt groß, hart, auf Druck schmerzhaft.

Durch Ausschluss einer anderen primären Geschwulst und durch den Befund der Drüsen, der harten, vergrößerten Prostata, der Schmerzen in den unteren Extremitäten und im Kreuze, der Kachexie nahm Verf. ein primäres Carcinom der Prostata mit Metastasen in den Knochen und Lymphdrüsen an.

Der Zustand verschlimmerte sich schnell, es kam eine eitrige Cystitis dazu, und Pat. starb im Koma 6 Wochen nach der Spitalsaufnahme.

Die Diagnose wurde durch die Sektion und die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Der Fall ist dadurch interessant, dass im ganzen Skelette Metastasen gefunden wurden, während alle anderen Organe außer den Lymphdrüsen verschont blieben. Die Metastasen in den Knochen bei Prostatacarcinom unterscheiden sich von den Knochenmetastasen bei anderen Carcinomen dadurch, dass sie sich in fast allen Knochen finden und dass sie in denselben osteoplastische Veränderungen verursachen, welche v. Recklinghausen carcinomatöse Ostitis nennt. Der Process zeichnet sich aus durch lebhafte Apposition an den Stellen, wo sich die Metastasen befinden. Mit der Apposition geht an einigen Stellen lakunäre Resorption einher, doch der erste Process überwiegt und geht schließlich in Sklerose und Eburneation über. Dies ist auch im vorliegenden Falle zu sehen, so an den platten Beckenknochen eine 1,5 cm dicke Schicht von Osteophyten, an denen die Zeichen der lakunären Resorption an der neu apponirten Schicht schön sichtbar sind. Bei Neoplasmen dieser Art ist es noch charakteristisch, dass ein verhältnismäßig kleiner Tumor so zahlreiche und große Metastasen bildet.

v. Čačković (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. Sonnabend, den 10. November. 1900.

Der Nachweis der „Kocher'schen Schenkelhalsverbiegung" bei der Coxa vara durch die Röntgenstrahlen.

Von
Dr. Carl Lauenstein,
Oberarzt des Hafenkrankenhauses zu Hamburg.

In seiner werthvollen Arbeit: »Die Ursachen der statischen Schenkelhalsverbiegung« (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII Hft. 1) sagt Manz bei Gelegenheit der Besprechung der Diagnose der Coxa vara am Lebenden und insbesondere der Rückwärtsbiegung

des Schenkelhalses p. 84, Zeile 1 ff.: »Ganz vergeblich würden wir unsere Zuflucht zu den Röntgenstrahlen nehmen. Sie vermögen uns ja nur eine Komponente zu zeigen, die Abwärtsbiegung. Die Rückwärtsbiegung deuten sie höchstens an durch den Schattenriss eines auffallend prominenten Trochanter minor — für Messungen natürlich eine ungenügende Basis«.

Dem gegenüber erlaube ich mir, darauf hinzuweisen, dass man die Kocher'sche Krümmung des Schenkelhalses in sich, wie sie nicht sowohl in Verbindung mit der Coxa vara als Coxa valga vorkommt, auch auf die Röntgenplatte projiciren kann, wenn man das Röntgenlicht an dem in Rückenlage befindlichen Kranken bei Beugung und Abduktion der Oberschenkel zwischen den Knieen in der Ebene, in der die Femurdiaphysen liegen, aufstellt und seine Strahlen gegen den unteren Umfang der Schenkelhälse sendet.

Ich habe vor Kurzem einen 19jährigen Seemann beobachtet, der seit $1^1/_2$ Jahren unter zunehmender Schwäche der Beine an Schmerzen beider Hüften litt, und dessen großer Trochanter beiderseits 4 bis $4^1/_2$ cm über der Nélaton'schen Linie stand, während sämmtliche Bewegungen der Hüftgelenke mehr oder weniger erheblich beschränkt waren. Die Durchleuchtung, die auf meine Bitte Herr Dr. Hahn im Institute des Herrn Dr. Albers-Schönberg von vorn vorzunehmen die Güte hatte, bestätigte ohne Weiteres die von mir gestellte Diagnose der Coxa vara, in so fern als sich beiderseits eine exquisite Abwärtsbiegung von Hals und Kopf ergab, verbunden mit einer hochgradigen Verdickung und Verkürzung der Schenkelhälse und mit pilzförmiger Umformung der Köpfe. Da das Bild von vorn aber in mir die Vermuthung erweckte, besonders wegen der auffälligen Verkürzung und Verdickung der Schenkelhälse, dass wohl auch die Kocher'sche Verbiegung nach hinten vorliegen möchte, so kam ich bei der Überlegung, wie es möglich sei, ein Bild dieser Verkrümmung auf die Platte zu werfen, auf den Gedanken, die Aufnahme in der oben angedeuteten Stellung des Kranken vorzunehmen. Es gelang nun auf diese Weise ganz vorzüglich, die Konturen des Schenkelhalses von unten gesehen darzustellen und meiner Vermuthung, dass eine Kocher'sche Verbiegung vorläge, in der That eine sichere Unterlage zu geben.

Natürlich veränderte die Art der Projektion des oberen Femurendes das uns geläufige Bild in erheblicher Weise. Der Hals lag etwa in der Fortsetzung der Achse des Oberschenkelschaftes, an dem Übergange vom Schafte zum Halse sah man oben den kleinen Trochanter, unten den hinteren Umfang des großen Trochanters angedeutet. Die hochgradig ausgeprägte Krümmung des Halses mit der Konkavität nach hinten war durch einen scharfen halbkreisförmigen Ausschnitt angedeutet; auch auf diesem Bilde sah man die hochgradige pilzförmige Umgestaltung des Kopfes.

Besonders charakteristisch und auffällig traten diese pathologischen Verhältnisse des oberen Femurendes hervor, wenn man das

gleichfalls in Beugung und Abduktion hergestellte Bild des normalen Femur damit verglich.

Der Grad der Beugung und Abduktion, der sich für diese Röntgenaufnahme eignet, wird in praxi wesentlich davon abhängen, wie weit sich diese Bewegungen überhaupt ausführen lassen; denn gerade Beugung und Abduktion sind in den Fällen von Coxa vara, zumal wenn die Kocher'sche Verbiegung des Halses vorliegt, nicht selten erheblich beschränkt. In meinem Falle mag die Beugung etwa 75—80° betragen haben, während die Abduktion einer Entfernung der inneren Femurkondylen von 50 cm entsprach. Man darf die Abduktion nicht übertreiben; denn sonst tritt in der Perspektive der große Trochanter hinter den Hals und verdeckt seine Umrisse.

Eine Mittheilung der Einzelheiten meines Falles nebst Skizzen nach den Röntgenbildern habe ich Herrn Dr. Albers-Schönberg für seine »Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« zugesagt.

---

1) **G. Muscatello.** Über die Gasgangrän. Unter Mitwirkung von C. Gangitano. (Aus der chirurgisch-propädeutischen Klinik zu Neapel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

M. berichtet über 5 Fälle von Gasgangrän, die die Gangrän mit Gasbildung und allgemeinen Vergiftungserscheinungen gemeinsam hatten, hingegen bezüglich des Hinzutretens oder Fehlens von entzündlichen Erscheinungen und der verschiedenen Neigung zur progressiven Invasion der benachbarten gesunden Gewebe von einander abweichen. Auf Grund bakteriologischer Untersuchungen dieser Fälle nimmt M. an, dass verschiedene Mikroorganismen die Gasgangrän hervorzurufen vermögen, die größte Bedeutung dem mit dem Fränkel'schen Bacillus identischen Bacillus aërogenes capsulatus zukommt, welcher, wenn auch nicht specifischer Erreger der Gasgangrän, doch als gasbildender Mikroorganismus anzusehen ist, der sich beim Menschen wie ein toxischer Saprophyt verhält und sich nur dort lokalisirt, wo tiefe Störungen in der Vitalität der Gewebe bestehen. Auch der Bac. coli communis kann, gewöhnlich mit anderen Mikroorganismen (Proteus vulgaris, Strepto- und Staphylokokken) vergesellschaftet, die Gasgangrän erzeugen, ohne dass, wie in M.'s Fällen, die betreffenden Pat. Diabetiker zu sein brauchen. Die allein durch die Wirkung des Bacillus aërogenes capsulatus hervorgerufene Form der Gasgangrän weist nie entzündliche Erscheinungen auf und zeigt geringe Neigung zur Invasion; nur im letzten Stadium, in welchem der Organismus der Ausdehnung des Processes nicht mehr zu widerstehen vermag, nimmt sie einen sehr schnellen progressiven Verlauf an. Dagegen ist die andere, auf Mischinfektion beruhende Form meistens von entzündlichen Erscheinungen begleitet und lässt von Anbeginn an eine Neigung zu schnellem progressivem Verlaufe

erkennen. Trotzdem sind auch die von M. beobachteten 3 Fälle dieser Art, gleich den anderen 2 die erstere Form der Gasgangrän zeigenden, nach weiter Eröffnung des Herdes, frühzeitiger Entfernung des ganzen abgestorbenen Körpertheils (Amputation) und energischer Desinfektion zur Heilung gelangt. **Kramer** (Glogau).

---

2) **Schattenfroh** und **Grassberger.** Über Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 30 u. 31.)

Nach den sorgfältigen Untersuchungen der Verff. kann kaum ein Zweifel bestehen, dass der Fränkel'sche Gasphlegmonebacillus (s. No. 1 dieses Blattes) eine pathogene Varietät des überall verbreiteten unbeweglichen Granulobacillus der Buttersäuregärung der Kohlenhydrate darstellt; es ist den Verff. der Nachweis gelungen, dass auch der Fränkel'sche Bacillus die Milch unter reichlicher Gasentwicklung vergärt, wie auch durch Überimpfung des Granulobacillus immobilis auf Sperlinge die von Fränkel mit seinem Bacillus phlegmones emphysematosae erzeugten analoge Veränderungen hervorzurufen. Ob auch die beweglichen Buttersäurebacillen pathogen seien, diese Frage vermochten die Verff. bisher noch nicht zu entscheiden. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Roger** et **Garnier.** La glande thyroide dans les maladies infectieuses.

(Presse méd. 1899. No. 31.)

Die Betheiligung der Schilddrüse an infektiösen Krankheiten ist bisher nur sehr selten, und zwar in der eitrigen Form beobachtet und beschrieben worden. Verff. haben aber an einem großen Leichenmaterial feststellen können, dass die Schilddrüse sehr viel häufiger bei Infektionskrankheiten mehr oder weniger pathologisch verändert ist. Ihre Untersuchungen erstreckten sich auf 33 Schilddrüsen, welche 13 Fällen von Scharlach, 10 von Masern, 6 von Diphtherie und je einem Falle von Typhus, Meningitis, Peritonitis und Pocken entstammen. Alle boten trotz des verschiedenartigen Ursprungs gewisse gemeinsame Kennzeichen. Volumen und Gewicht erhoben sich über das Normale; die Farbe war häufig roth bis violett, besonders auf dem Durchschnitt. Zuweilen wechselten verfärbte und normal aussehende Partien mit einander ab. Mikroskopisch untersucht erwies sich das Stützgewebe meist als normal, ohne Leukocytenanhäufung. Scheinbar verdickt war das Stützgewebe durch Einlagerung von Kolloidmassen zwischen die Hohlräume; diese drängen die Bindegewebszüge aus einander und bilden ein förmliches Netz, das jedes Mal nach den Gefäßen zu Knoten bildet. Die Veränderungen an den Gefäßen waren meist gering; nur 2mal wurden Hämorrhagien

gefunden, sonst höchstens erweiterte Venen. Häufiger wurden Veränderungen an den Gefäßwänden, Verdickung der Intima, sogar Thrombosen konstatirt. Am meisten in die Auge springend waren die Veränderungen am Parenchym selbst. Die Bläschen waren größer, mehr dem infantilen Typus ähnlich. Dabei zeigten die Epithelien Desquamation; die Zellen lagen innerhalb der Bläschen, ihre Kerne waren vergrößert, das Protoplasma granulirt. Die Kolloidmasse ließ Abweichung in Bezug auf Färbung erkennen; sie wurde durch Safranin nur blass-rosa gefärbt, durch Eosin nur gelblich.

Ganz ähnliche Veränderungen konnten Verff. an Thierschilddrüsen erzeugen durch den Einfluss von Pilocarpin und Jod. Am häufigsten wurden diese Veränderungen bei Scharlach gefunden, weniger bei Masern. Ein Unterschied in Bezug auf die Dauer der Krankheit oder auf die Art der Infektion scheint nicht zu bestehen, eben so wenig bezüglich etwaiger Komplikationen. Die Hypersekretion des Kolloids, die Endarteriitis und Thrombenbildung wurden häufiger bei Scharlach beobachtet als bei Masern oder Diphtherie. Sehr stark waren die Veränderungen bei dem einen Falle von Variola. Experimentell gelang es den Verff., bei Thieren durch Injektion von Reinkulturen oder von Toxinen entweder unter die Haut oder in eine Vene oder in die Drüse selbst oder in die Arteria thyreoidea ganz ähnliche pathologische Veränderungen hervorzurufen, wie sie beim Menschen beobachtet werden konnten.

Die Untersuchungen der Verff. bieten viel Interessantes, auch für den Chirurgen, besonders in Bezug auf die Ätiologie der Strumen; denn es ist möglich, dass später auftretende funktionelle Störungen der Schilddrüse oder Hyperplasien derselben auf solche früher überstandene Infektionskrankheit zurückzuführen seien. Es wäre interessant, wenn die Beobachtungen der Verff. auch von anderer Seite weiter verfolgt und wissenschaftlich verwerthet würden.

Die Arbeit ist mit 4 mikroskopischen Bildern illustrirt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

4) **Paul** und **Sarwey.** Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 27—31.)

Die Ergebnisse der sehr genauen bakteriologischen Untersuchungen der Verff. lassen sich dahin zusammenfassen, dass keins der drei mechanischen Desinfektionsverfahren — Waschungen mit Schmierseife und Bürste in heißem Wasser, mit Schleich's Marmorseife und Sänger's Sandseife in fließendem sterilen Wasser — für sich allein fähig ist, eine Keimverminderung der Hände herbeizuführen, dass außer der mechanischen noch eine Desinfektion mit chemischen Mitteln hierzu erforderlich ist, und dass unter den Seifen die Sänger'sche, vorausgesetzt, dass sie ohne Zusatz von Ammoniak

und Soda hergestellt wird, sich am besten zur Vorbereitung für die chemische Desinfektion eignet. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Winternitz.** Bakteriologische Untersuchungen über den Keimgehalt und die Sterilisirbarkeit der Bürsten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 9.)

W. spricht im Gegensatze zu Neuber und Schleich der Anwendung der Bürsten das Wort, indem er aus seinen Untersuchungen über die Keimfreiheit und Sterilisirbarkeit der Bürsten folgende Schlüsse ziehen konnte:

1) Es ist möglich, eine Bürste, selbst wenn sie inficirt ist, durch 10 Minuten langes Auskochen in 1%iger Sodalösung keimfrei zu machen, was die Bürsten beliebig lange Zeit aushalten können. Dabei ist jedoch vorausgesetzt, dass nicht etwa Keime und Sporen von solcher Resistenz in dieselben gekommen sind, die durch diese Procedur nicht getödtet werden, was aber unter gewöhnlichen Verhältnissen wohl kaum angenommen werden muss.

2) Ausgekochte Bürsten blieben in 1‰iger Sublimatlösung aufbewahrt steril. **Gold** (Bielitz).

---

6) **v. Wunschheim.** Über Glycerin als Constituens für Antiseptica.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 30.)

Die Versuche, die mit den verschiedensten Antisepticis, in käuflichem reinen Glycerin gelöst, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gegenüber dem Staphylococcus pyogenes aureus angestellt wurden, ergaben durchweg ein für das Glycerin als Lösungsmittel ungünstiges Resultat. Ausnahmen bildeten Eiweiß in 5%iger Lösung, Salzsäure in 1%iger und Aceton in 20%iger Lösung, auf koncentrirtes Glycerin bezogen, die einen stärkeren desinfektorischen Werth hatten als die gleichprocentigen wässrigen Lösungen. Allein das 10%ige Karbolglycerin (10 Theile Karbol in 100 Theilen reinen unverdünnten Glycerins) konnte mit der 10%igen wässrigen Karbollösung konkurriren. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich nur bis zu einer Stunde. Wurde dagegen das Glycerin in 50%iger wässriger Lösung als Konstituens gewählt, so war die desinfektorische Kraft auch bei niedrigerer Koncentration, z. B. 5%iger, der wässrigen gleichprocentigen Karbollösung gleichwerthig. Jede Steigerung des Glyceringehaltes über 50% wirkte proportional ungünstiger. **Hübener** (Dresden).

---

7) **W. Strohmayer.** Die therapeutischen Erfolge mit »Unguentum argenti colloidalis Credé«. (Aus dem Diakonissenhause zu Halle a/S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 31.)

Den von einigen Seiten berichteten günstigen Resultaten, welche durch Einreibungen mit der Credé'schen Salbe bei septischen Infektio-

nen erreicht worden seien, reiht S. mehrere Beobachtungen von Misserfolgen an. In den allerdings schweren Fällen von »postpuerperalen allgemeinen und lokalisirten septischen resp. pyämischen Processen« wurde durch die Inunktion weder eine Besserung des Allgemeinbefindens und ein Nachlass des Fiebers erzielt, noch das Auftreten metastatischer Eiterungen verhindert; auch in chronisch verlaufenden septischen, bezw. eitrigen Processen war die Schmierkur ohne besondere Wirkung, der schließliche Erfolg mindestens nicht allein auf Rechnung der Salbenbehandlung zu setzen, da zum Theil auch operative Eingriffe angewandt waren. Dass unter der Credé'schen Therapie manche Fälle von phlegmoneähnlichem Typus nach inficirten Verletzungen ohne Incision heilen und ohne Eiterung sich zurückbilden können, giebt S. zu, hält diese Processe aber nicht für Phlegmonen, sondern für entzündliche Ödeme oder Lymphangitiden, die auch unter anderer Behandlung geheilt werden können.

Kramer (Glogau).

---

8) **Schüller.** Polyarthritis villosa und Arthritis deformans.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 5—7.)

In dem in der Hufeland'schen Gesellschaft zu Berlin am 6. Juli 1899 gehaltenen, mit Demonstrationen von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten begleiteten längeren Vortrage betont S., dass es unberechtigt ist, die beiden im Titel genannten Krankheiten zusammenzuwerfen, da sie sowohl ätiologisch, wie pathologisch-anatomisch, wie nach ihren therapeutischen Indikationen durchaus von einander zu trennen sind.

Gold (Bielitz).

---

9) **A. Manara** (Parma). Contributo sperimentale allo studio degli innesti ossei e loro importanza in chirurgia.

(Clinica chir. 1899. No. 2.)

M.'s Untersuchungen erstreckten sich auf folgende Fragen: Wie verhalten sich Autoplastiken mit Knochen-Periostlappen? Wie Heteroplastiken zwischen Individuen verschiedener Species (Kaninchen-Katze, Kaninchen-Hund) und verschiedener Konstitution: Periost-Knochenlappen und Knorpel-Knochenlappen (Taube-Hund)? Endlich: das Schicksal von Celluloidstücken.

In den folgenden Sätzen sind (zum Theil in Wiederholung längst bekannter Thatsachen) seine Resultate zusammengefasst:

Autoplastiken, so wie Periost-Knochenlappen- und Knorpel-Knochen-Heteroplastiken hönnen vollständig Wurzel fassen und fortleben. — Alle diese Stücke können auch neue Knochenschichten produciren. — Bei den Periost-Knochenlappen geht der Knochenneubildung eine Umwandlung der Knochenzellen in Knorpelzellen voraus; bei den Knorpel-Knochenlappen verwandelt sich dagegen der Knorpel direkt in Knochensubstanz. Daher wären letztere den ersteren vorzuziehen. — Knorpel-Knochenplatten, welche mit der Knorpelfläche auf die Meningen transplantirt wurden, verlöthen fest mit der

knöchernen Umgebung der Trepanationsstelle; dabei fehlen Verbindungsstränge zwischen der Dura und der Knorpelfläche vollständig. — Prima intentio ist zur Erzielung des vollen Erfolges unbedingt erforderlich.

Die (spärlichen) histologischen Details so wie die sehr guten Tafeln müssen im Originale eingesehen werden.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **E. Evreinoff.** Contribution à l'étude des fractures par le massage et la déambulation.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899.

Die Abhandlung, die hauptsächlich die Anschauungen von Lucas-Championnière wiedergiebt, wendet sich nach historischer Einleitung zu einer Besprechung der Vor- und Nachtheile der Immobilisirung von Knochenbrüchen.

Daran schließt sich eine Besprechung der physiologischen Wirkungen der Massage überhaupt und deren Einfluss auf den Verlauf von Frakturen. Zur Unterstützung der vorgebrachten Anschauungen werden fremde experimentelle Untersuchungen angeführt, als deren hauptsächliche Ergebnisse schnellere Resorption des Extravasates, Ausbleiben der Muskelatrophie und raschere Konsolidirung angeführt werden.

Bei den massirten Fällen war der Callus mächtiger und solider als bei den nicht massirten.

Ein weiterer Abschnitt bespricht die Indikationen für Massage und Apparatbehandlung, die Lucas-Championnière aufstellt.

1) Für Massage eignen sich vor Allem Brüche mit geringer Dislokation, solche, bei denen die Dislokation die Funktion nicht sehr beeinträchtigt, und eingekeilte Brüche.

2) Frakturen mit größerer Neigung zu Dislokation werden vor der Apparatbehandlung massirt.

3) Bei jenen Frakturen, die andauernde Neigung zu Dislokation zeigen, wird abwechselnd massirt und Apparat getragen.

4) Bei Brüchen mit sehr großer Dislokation soll für so lange immobilisirt werden, bis der provisorische Callus die Apparatbehandlung gestattet.

Eine Kasuistik von 22 mit Massage behandelten Frakturen der Fibula, des Radius, der Clavicula und einer Fingerphalange dient als Illustration zu Obigem. Nicht uninteressant ist der Selbstbericht eines Arztes über seine von Championnière mit Massage behandelte Radiusfraktur.

Als Hauptvortheil der Massage und Bewegungsbehandlung der Frakturen wird schließlich angeführt:

Verminderung des Schmerzes und der ödematösen Schwellung, Begünstigung und Beschleunigung der Resorption des Blutergusses, Beseitigung der venösen Stase, Verhütung der Muskelatrophie.

Die Apparatbehandlung wird für alle Frakturen der oberen Extremität, der Fibula und mancher Schenkelhalsfrakturen bei alten Leuten empfohlen.

Ein Litteraturverzeichnis ist der Arbeit beigefügt.

Payr (Graz).

---

11) **Potarca** (Bukarest). Le traitement des pseudarthroses et de certaines fractures osseuses par la prothèse métallique interne.

(Presse méd. 1899. No. 31.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von Pseudarthrose auf diese Weise zu behandeln. In einem Falle von nicht geheiltem Schlüsselbeinbruch wurden die beiden Bruchenden resecirt, genau an einander gepasst, am oberen Rande eine seichte Furche ausgemeißelt und in dieselbe mittels 4 Schrauben eine $2^1/_2$ cm lange und 1 cm breite Nickelplatte eingelegt. Die Wunde wurde tamponirt. Nach 30 Tagen war Konsolidation eingetreten, so dass die Platte entfernt und die Wunde definitiv geschlossen werden konnte. Auch das funktionelle Resultat war sehr gut; der vorher gänzlich dienstuntaugliche Soldat versah bald darauf seinen vollen Dienst. Auch in dem zweiten Falle handelte es sich um einen Soldaten mit einem schweren Oberarmbruch; als auch hier keine Konsolidation eintrat, wurden eben so die mit Osteophyten besetzten Bruchenden resecirt und mittels einer Nickelplatte an einander befestigt. Nach 40 Tagen Entfernung derselben und völlige Heilung bis auf eine geringe Verkürzung des Oberarmes.

Tschmarke (Magdeburg).

---

12) **Seggel.** Über die Naht der Arterien. (Aus der chirurgischen Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 32 u. 33.)

In der Litteratur sind bisher 15 Fälle von erfolgreich ausgeführter seitlicher Arteriennaht mitgetheilt. Indess besteht über die allgemeine Methodik derselben noch keinerlei Übereinstimmung, wie aus der von S. gegebenen Zusammenstellung der von den verschiedenen Chirurgen angewandten Verfahren und vertretenen Anschauungen hervorgeht; erst die neuesten Untersuchungen Dörfler's scheinen geeignet, auf eine bestimmte Technik als das Normalverfahren hinzuweisen. Auch S. spricht sich zu Gunsten derselben — Naht durch alle Wandschichten der Arterie fortlaufend mit Seide oder Celluloidzwirn mittels feinster Nadeln nach provisorischer Abklemmung oder Ligatur, mit nachfolgender Naht der Gefäßscheide, event. mit Übernähen eines Gewebslappens — aus, wenn auch in dem von ihm aus der Münchener Klinik berichteten Falle theilweise anders verfahren wurde. In letzterem handelte es sich um eine Selbstmordverletzung der Carotis communis, deren Wand 3—4 mm lang quer geschlitzt war, während sich an der Jugularis int. nur die Adventitia verletzt

zeigte. Der Schlitz wurde durch die Media und Adventitia fassende Seidenknopfnähte — ohne Mitfassen der Intima — vereinigt, worauf sich die Cirkulation sofort wieder herstellte, und nach einigen weiteren oberflächlichen Nähten ein Bindegewebslappen aus der Gefäßscheide darüber fixirt und ein Tampon aufgelegt. Der 62 Jahre alte Pat. erholte sich nach Kochsalzinfusionen trotz schwerster Anämiesymptome allmählich, eine Nachblutung trat nicht ein, und es erfolgte weiterhin ungestörte Heilung.

Anschließend bespricht S. die Gefahren der Carotisverletzung und den Werth der Gefäßnaht bei solcher, selbst wenn dieselbe auch nur die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes ermöglichte und, wie in obigem Falle, nicht zur Erhaltung der Durchgängigkeit der Gefäßlichtung führte. **Kramer** (Glogau).

---

13) **A. Huber.** Über Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

H. beschreibt einen typischen Fall der diffusen idiopathischen Hautatrophie (den 12. der bisher veröffentlichten) bei einer 75jährigen Frau. Er betont, dass die Cyanose immer zuerst, die Atrophie erst später beobachtet wurde, dass die letztere gewöhnlich von der Peripherie centralwärts schreitet, und glaubt, dass in erster Reihe die peripheren Nerven erkranken. Ausführlich giebt er den mikroskopischen Befund, der besonders dadurch interessant ist, dass Verf. ein Stück von dem atrophischen Arme mit einem Stücke von dem anderen Arme, der einfache senile Haut aufwies, vergleicht; die beiden Zustände sind histologisch vollständig von einander verschieden. Die idiopathische Atrophie zeichnet sich durch ein Infiltrat aus, welches auf elastische und Bindegewebselemente, weiterhin aber auch auf das Rete einen atrophisirenden Druck ausübt. Sie ist histologisch außerordentlich ähnlich der Atrophie bei der Epidermolysis hereditaria bullosa. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **Bandler.** Zur Entstehung der Dermoidcysten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 7.)

Nach einem Überblick über die bisher geltenden Theorien für die Entstehung dieser Cysten fasst B. das Ergebnis seiner diesbezüglichen Untersuchungen dahin zusammen, dass gewisse embryonale Zellen und Organe in ganz direkter Weise Zellen, welche zur Bildung anderer Gewebstheile bestimmt sind, mit sich schleppen, und dass diese Zellen an ihrem neuen Platze dieselben Gewebe produciren, welche sie, wenn sie an ihren richtigen Platz gelangt wären, zu produciren bestimmt waren. Die Entfernung einiger Zellen von ihrem ursprünglichen Platze geschieht zu einer Zeit, in welcher der Verlust jener Zellen wieder ersetzt wird und es so trotzdem zur vollständigen Ausbildung eines normalen Körpers kommt. Für die

Entstehung der Dermoidcysten der Genitalorgane ist der Wolff'sche Gang durch die von ihm mitgeschleppten Zellen der verschiedenen Keimblätter die direkte Ursache. **Gold** (Bielitz).

---

15) **J. Csillag.** Beitrag zum Wesen der sekundären epidermidalen Cysten.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 2.)

Es ist bekannt, dass speciell nach Pemphigus, aber auch nach einigen anderen, speciell nach blasenbildenden Krankheiten sich milienähnliche Körnchen in den erkrankt gewesenen Hautpartien ausbilden (ich selbst habe solche auch nach typischer Impetigo contagiosa gesehen). Dieselben sind in letzter Zeit wiederholt Gegenstand der histologischen Untersuchung gewesen. C. hat sie bei den von Rona publicirten Fällen von Epidermolysis congenita mit ichthyotischen Veränderungen studiren können und giebt die Resultate dieser Prüfung eingehend wieder. Die milienartigen Bildungen waren sehr verschiedener Art, gingen zum Theil aus den Schweißdrüsenausführungsgängen, zum Theil aus den Haarfollikeln hervor; von den letzteren sind die oberhalb des Collum folliculi gebildeten echte Milien; die unterhalb desselben kommen wahrscheinlich durch eine Degeneration von Talgdrüse und Follikel zu Stande, haben also mit Milien nichts zu thun. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **C. Audry.** Über die epitheliale Natur der Naevuszellen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 9.)

A. giebt seiner Überzeugung von der epithelialen Natur der Naevuszellen energischen Ausdruck und will durch die Photographie von in Flemming'scher Flüssigkeit fixirten und mit Safranin gefärbten Schnitten dieselbe erweisen. Weniger sicher spricht sich A. für die epidermidale Natur dieser Gebilde aus, trotzdem einige Bilder sehr für diese Unna'sche Anschauung sprechen.

Jadassohn (Bern).

---

17) **F. Roth.** Über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI.)

Während die meisten französischen Dermatologen den Lupus erythematodes für eine mit der Tuberkulose ätiologisch zusammenhängende Krankheit halten, war bisher die Mehrzahl der deutschen von dem Gegentheil überzeugt. Es lässt sich nicht leugnen, dass in letzter Zeit der Standpunkt in Deutschland nicht mehr so zuversichtlich ist wie vor einigen Jahren, dass die Erfahrungen Boeck's und der Franzosen, so wie eigene Beobachtungen Manchen etwas schwankend gemacht haben. Aber eine Entscheidung ist nicht

gefällt und ist zur Zeit nicht zu fällen — auch nicht, wie gleich hervorgehoben werden mag — nach der Arbeit R.'s. Dieser hat ein großes litterarisches und klinistisches Material (aus der Clientel des verstorbenen Dr. S. Herxheimer und aus der des Dr. C. Herxheimer in Frankfurt a/M.) zusammengetragen und glaubt aus den »ca. 250 Fällen, wo Beobachtungen Betreffs des Verhältnisses zur Tuberkulose des Individuums oder seiner Familie angegeben waren«, da bei 185 irgend etwas von Tuberkulose oder Skrophulose sich fand, den Schluss ziehen zu können, dass »der Lupus erythematosus vorzugsweise oder fast ausschließlich bei tuberkulös erkrankten oder belasteten (skrofulösen) Individuen auftritt«. Dieser Schluss ist an sich schon nicht berechtigt, vor Allem darum, weil eine Unzahl von Fällen nicht verwerthet werden kann, in denen gar nichts von Tuberkulose gesagt ist, während gerade in den letzten Jahren natürlich besonders solche Fälle veröffentlicht wurden, in denen etwas von Tuberkulose gefunden werden konnte. So kommt es, dass nur 17 Fälle ohne Tuberkulose aus der Litteratur zusammengestellt werden konnten. Bei dem eigenen Material R.'s ergeben sich ganz andere Zahlen; nehmen wir z. B. das doch gewiss sehr sorgfältig untersuchte aus der Spital-Abtheilung des Dr. C. Herxheimer, so stehen hier 7 Fällen mit Beziehungen zur Tuberkulose 9 ohne solche gegenüber. 13 Fällen aus der Privatpraxis des gleichen Arztes mit tuberkulösen Zeichen stehen 20 ohne solche gegenüber. Der statistische Beweis ist also R. eigentlich nur an dem litterarischen Material geglückt; dieses aber ist aus den angeführten Gründen, dann aber auch darum nicht maßgebend, weil, wie jeder im Auslande einigermaßen bekannte Dermatologe weiß, die klinischen Grenzen des Begriffes Lupus erythematodes sehr verschieden weit gezogen werden. Man kommt zu ganz verschiedenen Resultaten bezüglich der Betheiligung der manifesten Tuberkulose, wenn man Folliculitis (Lupus erythematodes acutus Boeck) und andere noch dubiöse Krankheitsprocesse mitzählt oder nicht (R. hat das erstere gethan).

Die zweite Thatsache, die R. anführt, ist eben so wenig statistisch bewiesen; er meint, »an Lupus erythematodes Leidende erkranken häufig an Tuberkulose (speciell an Drüsentuberkulose). Sie sterben oft an Tuberkulose«. Auch dagegen sind die obigen Einwände zu erheben; ferner ist nicht bewiesen, dass jede Drüsenschwellung bei Lupus erythematodes Tuberkulose ist. Ganz ohne Beweiskraft sind, wie hier nicht eingehend dargelegt werden braucht, die beiden folgenden Argumente: »Das klinische Bild des Lupus erythematodes ist dem sicher tuberkulösen Lupus vulgaris sehr ähnlich«, und »es giebt Übergänge zwischen beiden Krankheiten«. Die Ähnlichkeit kann nicht den ätiologischen Zusammenhang darthun; bei den Übergangsfällen müsste, wenn man ihnen irgend welchen Werth beilegen wollte, bewiesen werden, dass im ersten Stadium, in dem des Lupus erythematodes, wirklich kein tuberkulöses Gewebe, resp. kein Virus vorhanden war — das ist, so viel ich sehe, nie geschehen —; bislang

sind alle diese Beobachtungen als (sehr leicht verzeihliche) falsche Diagnosen aufzufassen, wie das Vidal von sich selbst gesagt hat. Der Satz, dass der Lupus erythematosus auf Tuberkulin reagiren kann, ist in so fern zuzugeben, als allgemeine Reaktion wiederholt beobachtet worden ist; diese aber beweist natürlich nichts für die tuberkulöse Natur eines lokalen Krankheitsprocesses. Bei typischer lokaler Reaktion würde ich zum Ausschluss der Diagnose Lupus vulgaris immer histologische und thierexperimentelle Untersuchung verlangen. Die Behauptung endlich, dass man mehrmals deutliche tuberkulöse Veränderungen in den Herden des Lupus erythematosus gefunden hat, müsste m. E. so ausgedrückt werden: In als Lupus erythematodes diagnosticirten Fällen haben sehr vereinzelte Autoren tuberkulöse Veränderungen gesehen; da diese nicht zum histologischen Bilde dieser Krankheit gehören (denn sie sind in außerordentlich zahlreichen Fällen ganz regelmäßig vermisst worden), so muss man diese Fälle abseits stellen; entweder sind sie wirklich Tuberkulosen mit besonders schwieriger Diagnose, oder sie sind atypische »tuberkuloide Formen des Lupus erythematodes (wie solche auch bei Lues und Lepra vorkommen), und dann können sie für die Frage der tuberkulösen Natur des Lupus erythematodes eben so wenig verwendet werden, wie das Vorkommen tuberkulöser Gummata für die Identität von Lues und Tuberkulose«. Ich selbst habe den Lupus erythematodes aus allgemein-pathologischen und klinischen Gründen als eine infektiöse Granulationsgeschwulst aufgefasst, ihn also in eine Gruppe mit der Tuberkulose stellen wollen. Diese Annahme einer »analogen« Ätiologie ist aber natürlich absolut nicht für die tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes zu verwerthen.

Ich muss also die Behauptung R.'s, dass in Folge seiner Erwägungen »die Tuberkulosenatur des Lupus erythematosus kaum noch zweifelhaft sein dürfte«, als nicht begründet erklären. Von diesem meinem Standpunkte aus versage ich mir ein ausführliches Referat der hypothetischen Erklärungsversuche des Verf., wieso die Tuberkulotoxine an bestimmten prädisponirten Hautstellen mit Störungen in der Gefäßregulirung sich festsetzen, Erythem und weiterhin Gefäßverengerung und Obliteration bedingen. So sehr ich selbst immer und immer wieder an die Möglichkeit von Beziehungen der Tuberkulose zum Lupus erythematodes denke, so weit ich davon entfernt bin, die Möglichkeit schroff zu leugnen, so sehr muss doch vor Scheinbeweisen gewarnt werden. In der Arbeit R.'s ist ein sehr fleißig durchgearbeitetes Material vorhanden; manche der von ihm selbst publicirten Fälle sind sehr interessant; man wird auf diese Zusammenstellung immer wieder verweisen müssen. Und gerade aus diesem Grunde habe ich geglaubt, die Schlüsse des Verf.'s als zu weitgehend bezeichnen zu müssen. Durch diese Bekämpfung der Hypothesen wird die Anerkennung des thatsächlich Geleisteten nicht geschmälert.

Jadassohn (Bern).

18) **G. Pini.** Bromoderma nodosum fungoides.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt eine bisher wenig beachtete Form der Bromdermatosen unter dem Namen Bromoderma nodosum fungoides; dieselbe ist von den »anthracoiden« Formen durch das event. Fehlen von Eiterung, von »honigwabenähnlichem« Aussehen, durch die spontane Resorption unterschieden. Die histologische Untersuchung ergab eine unregelmäßige Epithelwucherung, Peri-Endoarteriitis und -Phlebitis und ein leukocytäres Infiltrat; in der Tiefe der Haut befanden sich besonders reichlich gewucherte Bindegewebszellen. Der Nachweis von Brom in der Perspirationsluft, im Eiter und im Gewebe gelang nicht — das letztere vielleicht nicht wegen der Bildung einer Brom-Eiweiß-Verbindung. Im Blute und im Eiter war bei den von P. beobachteten Pat. eine deutliche Eosinophilie nachzuweisen, so lange das Bromoderm bestand. Aus den allgemeinen Bemerkungen des Verf.'s ist hervorzuheben, dass er an eine Abhängigkeit der Bromdermatosen nicht bloß von der Individualität des Erkrankten, sondern auch von der Dosis des Medikamentes glaubt, dass er Mikroorganismen in den Infiltraten nicht gefunden hat und daher diese nur auf die Bromwirkung zurückführt. **Jadassohn** (Bern).

---

19) **K. Büdinger.** Zur blutigen Behandlung der Luxatio claviculae acromialis und der Brüche des Nasenbeins.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Verf. tritt warm für die blutige Behandlung der acromialen Schlüsselbeinverrenkung ein bei dem anerkannt ungünstigen Endresultate der Therapie mit einfachen fixirenden Verbänden. Die Knochennaht durch versenkten Silberdraht hält er nicht für zweckmäßig, da die Nähte dicht unter der Haut liegen und leicht Decubitus machen können. Muss man sie schließlich doch wieder entfernen, so entstehen oft adhärente und schmerzhafte Narben an der vielen äußeren Verletzungen und oft starkem Drucke ausgesetzten Stelle.

B. hat in einem Falle, um diesen Nachtheil zu vermeiden, folgendes Verfahren (nach dem Princip der Gussenbauer'schen Klemmen) ausgeübt: Lappenschnitt mit Basis zur Schulter. Während die Knochen reponirt gehalten werden, wird mit einem Drillbohrer, vom äußersten lateralen Ende des Acromion beginnend, dieses quer und das Schlüsselbein entsprechend seiner Längsachse angebohrt, bis etwa der Bohrstift 5 cm weit eingedrungen ist. Der Stift wird in loco belassen, die Bänder an das Periost der Clavicula fixirt, die übrige Wunde genau geschlossen. Der Stift wurde nach 18 Tagen entfernt.

Auch für die kombinirten Längs- und Querfrakturen der Nasenbeine, welche, bis über das Niveau der Spina nas. oss. front. hinaufreichend, mit seitlicher Dislokation einhergehen, nimmt B. die operative Reposition »unbedingt« in Anspruch. Der Schnitt muss genau

in der Mittellinie geführt werden, der ganzen Länge der Fraktur entsprechend bis auf den Knochen. Es gelingt dann leicht, mit feinen Hakenpincetten, kleinen Raspatorien die Bruchstücke zu fassen und zu reponiren, während die geknickte Nasenscheidewand entweder von vorn her oder von oben und unten zu gleicher Zeit aufgerichtet wird.

In seinen beiden Fällen hat B. die Bruchstücke mit einigen Nähten von feinster Seide an einander befestigt, weil sie die Neigung hatten, im Sinne der früheren pathologischen Stellung zurückzusinken.

In kosmetischer Beziehung ist das Resultat ein sehr günstiges.

Hübener (Dresden).

---

20) **C. Beck** (New York). Die Bedeutung und Behandlung der Kniescheibenbrüche in moderner Beleuchtung.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. Juli.)

Verf. nimmt bei der Frage der Behandlung von Kniescheibenbrüchen einen radikalen Standpunkt ein. In fesselnder Form beleuchtet er die Fortschritte auf diesem Gebiete, wie sie namentlich der aseptischen Wundbehandlung zuzuschreiben sind, indem er warm für die Knochennaht eintritt bei allen Fällen, in denen eine irgend wie nennenswerthe Diastase der Bruchstücke vorhanden ist. Zur Ausführung der Naht bedient er sich einer leicht gekrümmten Nadel, in deren rundliches Ende ein starker Silberdraht eingeschraubt werden kann. Der Draht soll dreimal so dick sein als der gewöhnliche käufliche. Dieser Draht wird oberhalb der Kniescheibe ein- und durch das Ligamentum patellare hindurch am unteren Ende des unteren Bruchstückes herausgeführt und mittels einer Zange über der Mitte der Bruchlinie zusammengedreht. Die Drahtenden werden lang gelassen und ragen zwischen der sonst genähten Hautwunde hinaus. Jede Periostnaht verwirft B. Sodann wird ein gefensterter Gipsverband angelegt; durch das Fenster kann man nach 4—5 Wochen den Draht entfernen. Der Verband bleibt dann noch eine Woche oder länger liegen. Ist der Erguss ins Gelenk sehr stark, so muss man ihn durch Punktion ablassen resp. bei der Operation mit starkem Strahl von steriler Kochsalzlösung ausspülen. In dankenswerther Weise wiederholt B. den Mahnruf König's: »Hände weg vom Gelenk!«

Aus den interessanten Ausführungen sei noch erwähnt, dass Verf. auf die forensische Bedeutung solcher Fälle von Kniescheibenbruch hinweist, in denen die Pat. trotz bedeutender Diastase der Bruchstücke noch weite Entfernungen ohne Beschwerden zurücklegen können. Ferner: Verf. empfiehlt dringend die Anwendung von Jodtinktur zur Vorbereitung des Operationsfeldes bei jeder aseptischen Operation, speciell bei der Punktion; die Jodtinktur besitzt eine gewisse baktericide Fernwirkung in die Tiefe der Haut. Natürlich soll sie nur die sonst übliche strengste Asepsis unterstützen. Mit Recht wendet

Verf. sich endlich gegen die noch immer in allen Lehrbüchern angegebene und empfohlene Malgaigne'sche Klammer. (Ref. vermisst nur Angaben über Dauerresultate, namentlich auch über event. eintretende Atrophie des Quadriceps nach der Operation. Verf. spricht nur von Atrophie nach nicht operativer Behandlung und empfiehlt den langen Gebrauch von Elektricität und Massage.)

Tschmarke (Magdeburg).

---

21) **Luksch.** Zur Technik der keilförmigen Osteotomie der Tibia (Meyer-Schede).

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 18.)

Verf., Assistent an Nicoladoni's Klinik, schlägt folgende Abänderung der bisher üblichen Osteotomie der Tibia vor, die bereits an einigen Fällen mit Erfolg angewandt wurde.

L. geht von der Annahme aus, dass es theoretisch richtig wäre, einen Keil aus dem ganzen Skelett des Unterschenkels herauszunehmen, d. h. bei Genu valgum die Schneide des Keiles an die laterale Seite der Fibula zu verlegen. Dann muss aus der Tibia ein rechtwinkliges Prisma, dessen Basis ein Trapez ist, ausgemeißelt werden. Es ist nun (die allerhochgradigsten Genua valga ausgenommen) nicht nothwendig, den Keil aus der Fibula herauszunehmen. Die Difformität ließ sich leicht in Folge der Beweglichkeit zwischen Tibia und Fibula in den beiden sie verbindenden Gelenken ohne Inanspruchnahme der Elasticität der Fibula ausgleichen, wobei sich die Meißelflächen der Tibia genau an einander legten.

Außer diesem genauen Aneinanderpassen der Trennungsflächen der Tibia sind als weitere Vortheile des Verfahrens hervorzuheben, dass der Nervus peroneus vor jeder Verletzung bei der Operation, vor einer Zerrung bei der Korrektur der Difformität (Kocher) und vor einer späteren Leitungsunterbrechung durch die Weichtheilnarbe oder den Knochencallus sicher bewahrt bleibt. Ferner bietet die unversehrte Fibula gleichsam eine Schiene für die Tibia, welche eine Beugestellung des centralen Stückes der Tibia im Kniegelenke verhindert. Während ferner bei der einfachen Keilosteotomie die Federung der Fibula vom fixirenden Verbande überwunden werden muss, wobei der Verband oft drückt oder gar Decubitus verursacht, und durch die elastische Spannung der Fibula die Beurtheilung, ob der Callus der Tibia genügend fest ist, sehr erschwert wird, fällt diese Spannung der Fibula beim Herausmeißeln eines Prismas aus der Tibia fort.

Wird dasselbe Princip auf das Genu varum übertragen, so müsste die Schneide des Keiles auf der Innenseite der Tibia liegen. Aus der Fibula aber das entsprechende Stück auszumeißeln, ist wegen der Gefahr der Verletzung des N. peroneus nicht angängig. Verf. schlägt daher vor, um die nothwendige Verkürzung der Fibula zu erreichen, an der Grenze des unteren und mittleren Drittels der Fibula eine schräge Osteotomie (von außen oben nach innen unten) auszuführen.

Hübener (Dresden).

---

22) **Moreschi.** Il mio processo per la cura delle varici ed ulceri varicose agli arte inferiori.

(Clinica chir. 1899. No. 2.)

M. hatte auf dem Kongresse zu Recanati das Referat über die Behandlung der Varicen und Unterschenkelgeschwüre. Nach ausführlicher Besprechung aller vorgeschlagenen Methoden von der einfachen oder elastischen Kompression, dem Haarseil, der Acupunktur, Acupressur, den Ätzmitteln, Jnjektionen, der Elektrolyse bis zur Ligatur und Resektion der Venen erörtert M. die Postulate der Radikalheilung: Die gestaute, die Wandungen der Gefäße schwer schädigende Blutsäule zu unterbrechen und zu zerstören; ihre Wiederherstellung auf dem Wege der Collateralen zu verhindern; die Gefäßlichtungen zu verkleinern oder zur Obliteration zu bringen. Sein Verfahren (cf. die Referate in d. Blatte 1895 p. 284 und 1899 p. 216) hat das Problem gelöst, jede Venenektasie, jedes varicöse Geschwür zur Heilung zu bringen, vorausgesetzt, dass nicht bereits solche schwere Gewebsschädigungen gesetzt sind, dass unbedingt zur Amputation gegriffen werden muss(?). Die Methode selbst ist schon mehrfach mitgetheilt: Es wird (in Nekrose nach Anämisirung) zuerst ein cirkulärer Schnitt etwa 4 cm oberhalb des höchsten Punktes des Geschwürs bis auf die Aponeurose geführt, die Schnittränder zurückgeschoben und sämmtliche Gefäße unterbunden, besonders auch die in die Tiefe dringenden bezw. von dort kommenden hervortretenden Venen. Auf die ausgedehnte Freilegung der Fascie ist besonderes Gewicht gelegt. Die Wundränder werden durch vereinzelte Nähte genähert. Heilung durch Granulation ist nicht unerwünscht, da solche Narben breiter sind und bessere Gewähr bieten, dass sich die Venennetze nicht wieder herstellen. (Vgl. übrigens hierzu die Versuche von Nothnagel über Collateralenbildung etc. Ref.) Im zweiten Akte folgt ein gleicher Schnitt knapp oberhalb der Knöchel, Abpräpariren der ganzen Haut, Unterbindung der Gefäße, event. mit kleinen Schnitten in die Aponeurose; schließlich lockere Naht. Sodann wird das Geschwür gereinigt, event. Haut transplantirt.

Das beschriebene Verfahren zerstört sicher jegliche venöse Cirkulation in den oberflächlichsn Gefäßen, aber auch der Austausch in den, bezw. die Belastung der Vv. perforantes wird verhindert. Sodann kommt es zur Obliteration der außer Cirkulation gesetzten Venen.

Wie die Geschwüre werden auch die Varicositäten behandelt.

Dem Einwurfe, dass sich bei der Fortdauer der ursprünglich wirkenden Ursachen die Varicositäten in den tiefen Venen entwickeln und allmählich neue Bezirke der Haut oberhalb der Incisionen den Varicositäten und der Ulceration zugeführt werden, begegnet M. mit der schon früher mitgetheilten Modifikation, die eine oder andere der — paarigen — Begleitvenen der tiefen Arterien im unteren Schnitte aufzusuchen und zu unterbinden. Damit ist jede Möglichkeit einer centrifugalen Belastung etc. ausgeschlossen. Auch

die Furcht vor einer Schädigung der Sensibilitätsverhältnisse ist zurückzuweisen, weil die Haut des Fußes von den beiden Nn. tibiales versorgt wird und die des Unterschenkels zahlreichen Anastomosen perforirender Äste angehört.

Das Verfahren eignet sich demnach 1. für alle Fälle von Varicen, besonders wenn diese zahlreich und groß sind; 2. für varicöse Geschwüre.

Bisher sind von M. und seinen Kollegen (in Italien) 52 vollkommen gelungene Operationen dieser Art ausgeführt worden.

J. Sternberg (Wien).

---

23) **A. Chipault.** L'élongation des nerfs dans le traitement des lésions trophiques (mal perforant, ulcère variqueux etc.).

(Médecine moderne 1900. No. 54.)

C. empfiehlt in diesem auf dem internationalen medicinischen Kongresse gehaltenen Vortrage nochmals auf das Wärmste auf Grund seiner Erfahrungen die Nervendehnung bei den in Rede stehenden Affektionen. (Vgl. dieses Centralblatt 1899 No. 40.) Die von ihm vorgeführten Erfolge sind in der That ausgezeichnete und lassen kaum Zweifel an der Wirksamkeit des Verfahrens. Die eigentliche Domäne der Methode sind das Mal perforant und die varikösen Beingeschwüre in ihrer schlimmsten Form. Mit wechselndem Erfolge hat Verf. dieselbe noch geübt bei gewissen trophischen Formen der Gangrän, bei einfachen Varicen und Dystrophien der Knochen. Hinsichtlich der Technik hält er an seinen ursprünglichen Vorschriften fest und bezeichnet die inzwischen angegebenen Modifikationen als minder wirksam. **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

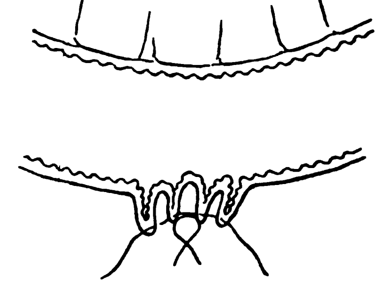
Beseitigung eines Darmdivertikels durch die Einstülpungsnaht.

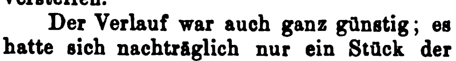
Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Am 14. Juni l. J. hatte ich einen $2^1/_2$ Jahre alten Knaben zu laparotomiren, dessen 2 Tage anhaltende Darmundurchgängigkeit — nach einem Stuhlgange mit heftigen Schmerzen aufgetreten — eine spontane Lösung nicht mehr erwarten ließ. Gleich im Beginne tastete der behandelnde Arzt, Herr Dr. Haller, einen härtlichen Wulst in der Ileocoecalgegend und sprach die Vermuthung einer Invaginatio ileocoecalis aus. Als ich am 24. Juni nachuntersuchte, fand ich den Wulst in der Gegend der Flexura coli hepatica und proponirte die sofortige Operation. Die Laparotomie bestätigte unsere Annahme. Nach Desinvagination durch die Ausstreichung in antiperistaltischer Richtung auf unterschobener Gaze fand sich, dass das letzte Ileum in der Länge von 20 cm und das Coecum in das Colon ascendens invaginirt war; der Processus vermiformis hing unten seitlich frei am Invaginans, war also nicht mit eingeschoben. Das ausgebreitete Invaginatum zeigte zahlreiche Faltungen und Knickungen mit streifenförmigen Ekchymosen und matter Serosa mit fibrinösen Belägen, war jedoch nirgends gangränverdächtig. An einer Stelle des freien Randes der Schlinge, etwa 15 cm von der Bauhin'schen

Klappe entfernt, war eine rundliche, dellenartige Vertiefung in der Darmwand zu sehen, deren nähere Untersuchung ein ca. 3 cm langes, in das Darmlumen invertirtes, kleinfingerdickes Divertikel zu Tage förderte. Die Spitze dieses Divertikels war papierdünn, ganz zusammengeknittert, grau verfärbt, anscheinend der Perforation nahe. Der recht kollabirte Zustand des Knaben gestattete keine komplicirten Eingriffe. Das einfachste Mittel, die Abbindung und Abtragung, schien mir gefährlich mit Rücksicht auf die im Ganzen stark geschädigte Darmwand des Intussusceptum, und so legte ich mit ein paar feinsten Serosanähten bloß eine ausschaltende doppelte Einstülpungssutur an (Fig.). Auf diese Weise war das Divertikel am raschesten ohne Kontinuitätstrennung der Darmwand unschädlich gemacht[1] und half in seinem nun gefalteten Zustande die schlottrige Wand des Invaginatum verstärken und versteifen.





Der Verlauf war auch ganz günstig; es hatte sich nachträglich nur ein Stück der fortlaufenden Bauchwand-Peritonealnaht durch eine kleine Narbenfistel exfoliirt.

Am 9. Oktober stellte sich mir der kleine Pat. wieder vor — wohlgenährt; seine Darmfunktion ist seit der Operation vollkommen geregelt.

Mit Rücksicht auf das günstige Resultat scheint mir die Einstülpungsnaht kleiner Divertikel in Fällen, wo rasches Operiren dringend geboten ist, empfehlenswerth zu sein.

---

24) **G. Fantino** (Bergamo). Un nuovo tavolo operatorio.

(Clinica chir. 1899. No. 6.)

F.'s Operationstisch ist eine Modifikation des Hahn-Trendelenburg'schen Tisches. (Die Nachtheile der Bewegung vermittels Schrauben und Kurbeln, die daraus resultirende Nothwendigkeit, »unreines« Hilfspersonal im Saale zu belassen, scheinen, wie die immer wieder auftauchenden Empfehlungen solcher Operationstische beweisen, noch lange nicht genügend gewürdigt zu werden. Ref.)

J. Sternberg (Wien).

25) **Lydia de Witt.** Myositis ossificans.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. September.)

Verf. hat 2 Fälle von Myositis ossificans histologisch untersucht, die beide das Gemeinsame haben, dass die Muskelerkrankung während des Lebens keine Symptome gemacht hatte. In beiden Fällen war kurz vor dem Tode eine Thrombose der V. femoralis aufgetreten, und bei der mikroskopischen Untersuchung des thrombosirten Gefäßes und seiner Umgebung fand sich neben Periarteriitis und Periphlebitis eine entzündliche Infiltration des intermuskulären Bindegewebes mit degenerativen Veränderungen im Muskel und Verknöcherung des Granulationsgewebes.

Im Anschlusse an diese Fälle giebt Verf. eine ausführliche Litteraturübersicht.

R. v. Hippel (Dresden).

26) **Regnier.** Les ostéomes musculaires.

(Presse méd. 1899. No. 47.)

Verf. theilt 2 Fälle von Osteom im Brachialis mit, welche beide nach einem Trauma entstanden waren. Das eine, nach einer Verrenkung des Ellbogengelenkes, hob nach einer gewissen Zeit jede Streckung des Armes auf und wurde durch

---

[1] Das Divertikel hätte auch im Falle vollständiger Intaktheit seiner Wand weg müssen, da es doch die Ursache der Invagination war.

Skiaskopie erkannt. Das zweite entstand durch einen Schlag mit einem Pferdehufe, schon 14 Tage nach der Verletzung. Auch hier bestätigte ein Skiagramm die Diagnose. Beide Osteome wurden exstirpirt, was ziemlich schwierig war, und in beiden Fällen wurde ein gutes funktionelles Resultat erreicht. — Verf. will trotz der Besserung, welche einige Autoren, besonders Delorme, mittels Massage erlangt haben, stets die Operation vorgenommen wissen. Auch hält er das Vorkommen derartiger Knochenbildungen innerhalb der Muskeln nach Verletzung nicht für so selten, als man allgemein annimmt. Sie entstehen dadurch, dass bei einem einmaligen heftigen Trauma oder bei häufig einwirkenden geringeren Traumen Perioststücke abgerissen und durch die Muskelfasern innerhalb eines Muskels verpflanzt werden, wo sie zur Knochenbildung schreiten können.

Tschmarke (Magdeburg).

27) **A. Germe.** Contribution à l'étude des angiomes primitifs des muscles striés.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. fügt den 22 aus der Litteratur gesammelten analogen Fällen einen weiteren hinzu, bei welchem die Geschwulst in der Substanz des Musculus teres major nächst dessen Ansatze am Schulterblatte saß. Sodann bespricht er die Pathologie, Symptomatologie und Therapie dieser Erkrankungsform. Dabei betont er ihre oft schwierige Differentialdiagnose den blutreichen, kavernösen intermuskulären Sarkomen gegenüber und theilt eine einschlägige Beobachtung mit, wo erst durch die eingehendste mikroskopische Untersuchung das Angiom ausgeschlossen werden konnte.

A. Most (Breslau).

28) **W. Bechert.** Über einen Fall diffuser idiopathischer Hautatrophie.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIII. Hft. 1.)

Die »idiopathischen Hautatrophien« befinden sich augenblicklich in einem Stadium intensiverer Beachtung; es wird relativ reichlich kasuistisches Material veröffentlicht; von klinischer und allgemein-pathologischer Klärung dieses mehr theoretisch interessanten, als praktisch wichtigen Gebietes sind wir freilich noch weit entfernt. B. berichtet über einen Fall von weit ausgedehnter diffuser Atrophie (analog den Fällen Buchwald's, Touton's u. A.); histologisch fand er, wie Neumann, neben den atrophischen Erscheinungen Rundzellenanhäufungen; die elastischen Fasern waren erhalten. Verf. erörtert die Frage, wie weit diese Affektion mit den vom Ref. so genannten, durch den Verlust der elastischen Fasern und die dadurch bedingte Weichheit charakterisirten circumscripten »Anetodermien« identisch ist, und kommt dabei zu keinem definitiven Resultate, möchte aber für die letzteren (speciell auf Grund einer Beobachtung der Striae) eine individuelle Schwäche des elastischen Gewebes annehmen. (Dass individuelle Differenzen in der Widerstandsfähigkeit der elastischen Fasern bestehen, ist kaum zu bezweifeln; aber bei manchen Krankheitsprocessen, wie deren der Ref. einen beschrieben hat, kann dieses Moment zur Erklärung nicht ausreichen; denn bei dem erwähnten Falle war der Entzündungsprocess selbst ätiologisch unklar und sehr gering.) Für die diffuse idiopathische Hautatrophie nimmt auch B. das Vorausgehen eines »lentescirenden, chronischen, trophoneurotischen Entzündungsprocesses« an.

Jadassohn (Bern).

29) **L. Waelsch.** Über das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

Der Untersuchung des Verf. liegt folgende Krankenbeobachtung zu Grunde: Seit frühester Jugend bestand bei einer 26jährigen Frau am Thorax ein 5 cm langer, 1 cm breiter, aus serösen, zum Theil hämorrhagisch gefärbten Bläschen zusammengesetzter Streifen mit dazwischen liegenden ektasirten Gefäßreiserchen;

unterhalb dieses Streifens ein zweiter, als Naevus teleangiectaticus zu bezeichnender Streifen, mit dem ersten durch ein aus derben Bläschen bestehendes Band verbunden. 1 Monat nach der 1. Beobachtung (die Pat. war inzwischen wegen eines Kropfes operirt worden) waren in der Nachbarschaft des oberen Streifens frische Bläschen aufgeschossen; das Hämangiom schien »bis auf spärliche Gefäßreiserchen vollständig geschwunden, und an seiner Stelle und in genau derselben Ausdehnung und Konfiguration, welche es gelegentlich der 1. Untersuchung aufgewiesen ... waren zahlreiche Bläschen ... aufgeschossen«.

Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Lymphangioma cysticum und zugleich hämangiomatöse Veränderungen. Es fanden sich außerdem entzündliche Veränderungen um die Lymph- und Blutgefäße, Rarefikation der elastischen Fasern und Wucherungen an den Haarbälgen.

Bei der Diskussion der Pathogenese dieser Veränderungen schließt sich W. der Ansicht an, dass es sich beim Lymphangioma cysticum um eine echte Neubildung handelt, dass aber eine Lymphstauung zur Erklärung der Cysten nicht zu entbehren sei. Er glaubt auf Grund seiner Präparate, dass das Primäre eine embryonal und im extra-uterinen Leben erfolgende Wucherung der Lymphgefäßendothelien sei, dass aber auch Neubildung von Lymphgefäßen im Bindegewebe »ohne deutliche Kommunikation mit bestehenden Lymphräumen« vorkomme, und dass auch, wie Rindfleisch behauptet, eine Lymphgefäßerweiterung durch »Umwandlung jungen Bindegewebes in festes Gewebe in der Umgebung bestehender Hohlräume« eintreten könne; die Lymphstauung spielt jedenfalls bei der Entstehung und dem Wachsthum dieser Geschwülste eine wichtige Rolle.

Jadassohn (Bern).

30) **E. Delbanco.** Zur Klinik der tuberkulösen Exantheme (Tuberculides). Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus Boeck. (Vorläufige Mittheilung.)

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 4.)

D. berichtet über einen Fall, der nach der klinischen Beschreibung zweifellos zu den von den Franzosen in neuerer Zeit als »Tuberculides«, von Boeck als »Exantheme der Tuberkulose« bezeichneten Krankheiten gehört. Es würde hier zu weit führen, auf die Pathogenese und klinische Diagnose dieser Dermatosen einzugehen, deren Zusammenhang mit der Tuberkulose nach den Erfahrungen des Referenten nicht mehr zweifelhaft ist. Auch im Falle D.'s handelt es sich um knötchenförmige, nekrotisirende Efflorescenzen speciell an den Streckseiten der Extremitäten bei einem zweifellos tuberkulösen Individuum. Die wichtigste Frage, ob es sich bei diesen Exanthemen um toxische oder um bacilläre Produkte handelt, lässt D. unentschieden. **Jadassohn** (Bern).

31) **R. Kreibich.** Lupus erythematodes mit multipler Carcinombildung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 3.)

Während die Entwicklung von Carcinomen auf Lupus vulgaris ein wohlgekanntes und keineswegs sehr seltenes Ereignis ist, wusste man bis zum Erscheinen der obigen Arbeit kaum etwas über die Möglichkeit der Entwicklung von Epitheliomen auf Lupus erythematodes. Der aus der Kaposi'schen Klinik stammende Fall (wie ein seither veröffentlichter Pringle's) beweist, dass auch die narbenähnliche Atrophie, resp. die chronisch entzündliche Infiltration des Lupus erythematodes die Carcinomentwicklung begünstigen kann. In K.'s (durch eine gute Abbildung illustrirter) Beobachtung ging die bösartige Geschwulst von der Oberlippe aus. **Jadassohn** (Bern).

32) **V. Lieblein.** Über die Aktinomykose der Haut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Verf. ergänzt zunächst die frühere Zusammenstellung Illich's über primäre Hautaktinomykose (11 Fälle) durch 9 weitere Fälle der Litteratur und schließt

diesen dann 3 noch nicht veröffentlichte Beobachtungen aus der Wölfler'schen Klinik an:

1) 35jährige Frau bemerkt nach Fall in einen Bach das Auftreten einer derben Geschwulst am Labium majus. 7 Wochen später ist die Haut der großen Schamlippe von einem derben Infiltrate eingenommen und von Fistelgängen durchsetzt. Typische Körnchen. Jodkali, dann Exstirpation des erkrankten Gewebes. Heilung.

2) 16jähriges Mädchen verletzte sich beim Barfußgehen. Nach 1/4 Jahre Abscessbildungen an der Verletzungsstelle (Fußsohle). Nach 1/2 Jahre daselbst 2 oberflächliche Fistelgänge, keine Infiltration. Typische Körnchen. Heilung unter Airolverband.

3) 24jähriges Mädchen. Derbes Infiltrat am unteren Augenlide, von da auf die Wange übergreifend; centrale Erweichung. Incision entleert Eiter mit Aktinomyceskörnchen. Kein Zusammenhang mit Kiefer oder Mundhöhle. Heilung unter Jodkali.

Per exclusionem konnte in allen 3 Fällen primäre Hautaktinomykose angenommen werden. **Honsell** (Tübingen).

33) V. Lieblein. Über die Jodkalibehandlung der menschlichen Aktinomykose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Unter Zugrundelegung von 98 einschlägigen Fällen theils aus der Wölfler-schen Klinik, theils aus der Litteratur giebt Verf. einen Überblick über die Erfolge der Jodkalibehandlung bei Aktinomykose.

Es ergab sich, dass unter 62 rein konservativ behandelten Fällen nicht weniger als 42 geheilt, 9 wenigstens mit Erfolg behandelt worden waren. Unter 8 Fällen, bei denen Jodkali nach erfolglosem operativen Eingreifen angewandt wurde, ist noch 1 Fall gebessert, sind 3 völlig geheilt worden. Operative Eingriffe nach vergeblicher Jodkalibehandlung werden nur 3mal verzeichnet, darunter in einem Falle, in welchem die konservative Therapie kaum 3 Wochen gewährt hatte. Bei der Mehrzahl der kombinirt behandelten Fälle hat Jodkali die Operation wesentlich erleichtert. Danach hebt Verf. mit Recht den hohen Werth der Jodkalitherapie hervor. Weitere Ausführungen beziehen sich auf die Art des therapeutischen Vorgehens bei derselben, ihre Wirkungsweise und ihre Grenzen.

Honsell (Tübingen).

34) F. Porges. Über Dermatitis papillaris.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 3.)

Auf der Basis eines scheinbar einfachen Ekzems bildeten sich an der Nacken-Haargrenze hasel- bis walnussgroße, höckerige Geschwülste mit büschelförmig stehenden Haaren. Wie die klinische, so hat auch die histologische Untersuchung Resultate ergeben, welche an die bekannte Dermatitis papillaris Kaposi's erinnerten. Verf. ist geneigt, anzunehmen, dass das Symptomenbild der letzteren auf Grund ätiologisch verschiedener Processe chronisch-entzündlicher Natur zu Stande kommen könne, und dass die Lokalität in so fern eine wesentliche Rolle spielt, als am behaarten Kopfe und an der Haargrenze die tief eingepflanzten Haarbälge gleichsam feste Stränge bilden, zwischen denen das proliferirende Bindegewebe gegen das Epithel andrängt und gefurchte und gelappte Geschwülste mit consecutiven Epithelveränderungen (im Gegensatze zur einfachen Pachydermie an anderen Körperstellen) bildet. **Jadassohn** (Bern).

35) Bettmann. Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch. Ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 2.)

Wenn gleich die meisten Autoren nicht mehr daran zweifeln, dass Arsenbehandlung in freilich nicht gerade häufigen Fällen zum Auftreten eines Zoster Veranlassung geben kann, so ist doch vom klinischen wie vom allgemein patholo-

gischen Standpunkte dieser Arsenzoster noch wenig aufgeklärt. B. beschreibt einen Fall von malignem Lymphom, in welchem nach einer mäßigen Arsenbehandlung von etwa 3 Wochen Dauer ein außerordentlich schwerer und ausgedehnter gangränöser Zoster cervico-subclavicularis und ophthalmicus mit Sensibilitätsstörungen und Neuralgien, zugleich aber ein generalisirter pockenähnlicher Ausschlag auftrat. Weiterhin stellte sich auch noch eine palmare und plantare Hyperkeratose ein. Auf Grund der Litteratur kommt B. zu dem auch nach dem gesammten klinischen Verlaufe des Falles kaum anzuzweifelnden Schlusse, dass diese drei Hautveränderungen auf das Arsen zurückzuführen waren. Der Zoster zeichnete sich durch besondere Schwere aus; doch betont Verf. wohl mit Recht, dass klinisch der Arsenzoster von dem anderweitig bedingten nicht principiell verschieden sei. Das pockenähnliche Exanthem stimmte zeitlich und in der Art seines Verlaufes mit dem Zoster überein. Eine Erklärung für das Zustandekommen des Arsenzosters vermag natürlich auch B. nicht zu geben. **Jadassohn** (Bern).

36) **Buri.** Ein seltener Fall von Hyperkeratose.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 12.)

B. beschreibt einen sehr interessanten Fall: Bei einem Knaben, der von frühester Kindheit an eine leichte Ichthyosis hatte, entwickelten sich später speciell auf den Beugeseiten hyperkeratotische Wucherungen, welche in hohem Grade an die seltene, als Acanthosis nigricans beschriebene, meist bei gleichzeitig bestehender Carcinose beobachtete Hyperkeratose erinnerten. Da der Kranke eine schwere Tuberkulose hatte, ist B. geneigt, die Erkrankung als eine Acanthosis nigricans auf ichthyotischer Basis anzusehen, welche ausnahmsweise einmal durch Tuberkulose provocirt wäre. **Jadassohn** (Bern).

37) **Berger.** Ostéomalacie masculine; déformations extrêmes du squelette. (Avec trois figures en noir.)

(Presse méd. 1898. No. 52.)

Der vorliegende Fall hat schon darum besonderes Interesse, als er wohl einer der ersten ist, in welchem die Veränderungen mittels Skiaskopie beobachtet werden konnten; aber auch sonst ist er von so außergewöhnlichen Veränderungen der Knochen begleitet, dass eine nähere Beschreibung auch an dieser Stelle berechtigt erscheint.

Es handelte sich um einen 20jährigen Mann, der sich vor 4 Jahren wegen doppelseitigen Genu valgum vorstellte. Es wurde an der besonders stark abweichenden linken Seite die suprakondyläre Osteotomie nach MacEwen ausgeführt, das Bein in einem Gipsverbande fixirt. Nach 3 Wochen traten heftige Schmerzen in allen Gliedern auf mit Ausnahme des operirten. Bei Abnahme des Verbandes war der Oberschenkel konsolidirt, aber das Kniegelenk zeigte eine abnorm freie Beweglichkeit, welche sich trotz nochmaligen fixirenden Verbandes nach etwa 5 Wochen verschlimmerte. Auch wurden die Berührung und Bewegungen im Knie sehr schmerzhaft; zu gleicher Zeit traten Zittern, schmerzhafte Krampfanfälle in den Muskeln und Wachsthumsstörungen im Fuße auf. Der Kranke verließ nach $^3/_4$ Jahren das Hospital, kehrte aber nach etwa 1 Jahre in einer traurigen Verfassung zurück; »die Beine hatten keine menschliche Form mehr, sie waren gekrümmt, verdreht, innerhalb der Diaphysen geknickt, runzlig und lagen wie Lappen auf dem Bette«. Auch waren beide Beine gegen das frühere Maß um etwa 10 cm verkürzt; sie fühlten sich weich an, keine Spur von einem knöchernen Skelette; dabei war die Palpation schmerzhaft; beide Füße standen in Equinusstellung, die Zehen plantarflektirt. Der Querdurchmesser des Beckens war verkürzt. Die Skiagraphie ergab nun, dass die Knochen an beiden Beinen für X-Strahlen gänzlich durchlässig waren. — Schon nach kurzer Zeit entwickelten sich ganz ähnliche Verhältnisse an den oberen Extremitäten, besonders an der linken. Nach weiteren 2 Jahren hatte sich der ganze Körper um 54 cm verkürzt; Kopf, Hals und Rumpf waren am wenigsten betheiligt. Es würde zu weit führen, alle die interessanten Einzelheiten, welche die Skiagraphie ergab, hier aufzuzählen. Herz und Lungen schienen gesund zu sein; in dem spärlichen

Urin war stets Eiweiß; der Kranke lag immer in übelriechendem Schweiße. Alle angewandten Mittel waren vergebens.

Im Anschlusse an die Beschreibung bespricht Verf. das Vorkommen der männlichen Osteomalakie, die vermeintlichen Ursachen und die therapeutischen Bestrebungen gegen dieses Leiden. Zum Schlusse wirft er die Frage auf, ob man bei derartigen fortschreitenden Fällen nicht die doppelseitige Kastration als letztes Hilfsmittel versuchen soll, in Analogie der Kastration bei Frauen. Der Kranke war auf diesen Vorschlag des Verf. nicht eingegangen.

Tschmarke (Magdeburg).

38) **M. Little.** An analysis of a series of cases of infantile paralysis with some notes on treatment.

(Brit. med. journ. 1900. September 1.)

L. giebt eine Übersicht über 115 Fälle von spinaler Kinderlähmung, welche innerhalb der letzten 3 Jahre in seine Behandlung gelangt sind. An diesen 115 Kranken gelangten 147 Deformitäten zur Beobachtung. Die Liste umfasst 60 Mädchen und 55 Knaben mit 75 bezw. 72 Deformitäten. Daraus ergiebt sich, dass das weibliche Geschlecht etwas häufiger von der Erkrankung betroffen wird als das männliche, dass es aber bei letzterem häufiger zu andauernden schwereren Lähmungen kommt. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 6 Wochen und 11 Jahren. Von den 98 Fällen, bei welchen das Alter erwähnt ist, erkrankten etwa $^1/_3$ im 2. Lebensjahre. Im Ganzen erkrankten 78 vor Ablauf des 3. Lebensjahres.

Ein klarer Zusammenhang zwischen Alter und der Schwere der Erkrankung ließ sich nicht feststellen. In 41 Fällen konnte ein bestimmter Zeitpunkt für den Beginn des Leidens nicht angegeben werden, es war nur festzustellen, dass die Lähmung innerhalb einer gewissen Zeit sich ausgebildet hatte. 43mal trat die Krankheit plötzlich auf, und 31mal war über die Art und Weise des Auftretens nichts zu eruiren. Dem Trauma kann ätiologisch kaum eine besondere Rolle zuerkannt werden.

Von den zur Behandlung gelangten Deformitäten betrafen nur 4 die obere Extremität. Einen Schluss bezüglich der Häufigkeit des Befallenseins der oberen Extremität will L. daraus jedoch nicht ziehen, schon aus dem Grunde, weil die Patt., bei welchen der Cervicaltheil des Rückenmarks erkrankt ist, weniger Aussicht haben, mit dem Leben davon zu kommen, als diejenigen, bei welchen die Erkrankung in den unteren Partien desselben ihren Sitz hat.

Die beiden Mm. tibiales sind am häufigsten von der Lähmung befallen, dann folgen die Extensoren der Zehen, dann die Wadenmuskulatur und die Beuger der Zehen. Die Vulnerabilität der Muskeln nimmt dem Centrum zu ab, nur ist der M. quadriceps auffallend häufig afficirt.

In 54 Fällen war eine Equinus-, in 23 eine Calcaneusstellung zu Stande gekommen. 53mal stand der Fuß in Valgus- und 46mal in Varusstellung.

Die Therapie beschränkte sich in weitaus den meisten Fällen auf Tenotomien der kontrahirten Sehnen mit nachfolgender Korrektur der Deformität, Übungen, Massage, Tragen von orthopädischen Apparaten. 8mal wurden plastische Operationen an den Sehnen vorgenommen, 4mal die Arthrodese des Fußgelenkes, 1mal gleichzeitig die Arthrodese des Fuß- und des Kniegelenkes.

Im Anschlusse daran bemerkt Noble Smith, man solle zuerst jegliche Deformität beseitigen, ehe der Versuch gemacht werde, durch Sehnentransplantationen eine Besserung der Funktion zu erzielen.

Jackson Clarke will die Tenotomie durch die von ihm angewandte Methode der Verlängerung der Sehnen ersetzt wissen. **Weiss** (Düsseldorf).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. Sonnabend, den 17. November. 1900.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Marienhospitals in Bonn.)
(Leiter: Herr Professor Witzel.)

I. Über die Verwendung von Draht zum dauernden Ersatz für Kontinuitätsdefekte der Knochen, besonders auch des Unterkiefers.

Von
Dr. C. Hofmann.

In seiner Mittheilung über den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze[1] bemerkt Witzel am Schlusse, dass es auch möglich sein würde, Knochendefekte in

[1] cf. d. Centralblatt 1900, No. 10 und 17.

entsprechender Weise mittels Draht zu decken. Der Gedanke war um so einleuchtender, als ja durch die Erfahrung (Schede, Witzel, Goepel) nachgewiesen worden war, dass Drahtnähte sogar in nicht aseptisch verlaufenden Wunden zur Einheilung gebracht werden können. Damit war von vorn herein selbst für Kontinuitätsdefekte der Knochen auf entzündlicher Basis, wo sich die Wundverhältnisse nur relativ keimfrei gestalten lassen, die Möglichkeit gegeben, den Ersatz durch passend gewählten Draht zu bewerkstelligen. Aber auch selbst in den Fällen, in welchen es sich um eine unter allen aseptischen Maßnahmen ausführbare Kontinuitätsresektion — beispielsweise eines Extremitätenknochens oder des Unterkiefers wegen einer Geschwulst — handelt, liegen immerhin die Verhältnisse so, dass bei dem unvermeidlichen Entstehen von unausgefüllten Höhlen und Taschen innerhalb der Wunde etc. mit Sicherheit eine völlige Primärheilung nicht zu erwarten ist. Also auch hier muss man die Fähigkeit des Drahtes, selbst in einer sekundär sich schließenden Wunde einzuheilen, als einen besonderen Vortheil des plastischen Materials anerkennen.

Neben dieser Eigenschaft bietet der Draht den großen Vortheil der leichten Handhabung vermöge seiner Biegsamkeit trotz der ihm zukommenden Elasticität. Dadurch, dass er sich dem Defekte genau anpassen, der Wundhöhle leicht einfügen lässt und sich anschmiegt, ja sogar durch etwa erforderliche Winkelbildung das Anbringen von Scharnieren an der Prothese überflüssig macht, ist er jedem anderen heteroplastischen Material überlegen. Vor dem autoplastischen Material — dem Periost-Knochenlappen — hat er den Vorzug, dass die Schwierigkeit der Entnahme nicht besteht, dass selbst die größten Defekte eben so gut wie kleinere gedeckt werden können, und dass er da, wo wirklich gestützt werden soll, schon von vorn herein dies, in passender Stärke und Anordnung, zu leisten vermag. Mit anderen Worten, es braucht sogar auf den Umstand der sekundären Knochenneubildung von dem etwa erhaltenen Periost aus, so wünschenswerth dieselbe bei jedem Knochendefekte immer bleiben wird, kein principieller Werth gelegt zu werden. Der eingefügte Draht wird bei genügender Stärke stets im Stande sein, die ursprüngliche Form wieder herzustellen oder sie dauernd zu erhalten und gewinnt dadurch ein Übergewicht auch vor dem für den Knochenersatz empfohlenen resorbirbaren Material. Dieses wird nur da mit Erfolg zur Anwendung gebracht werden können, wo mit Sicherheit eine sekundäre Knochenneubildung vom erhaltenen Periost aus zu erwarten ist.

Die praktische Anwendung musste nun zeigen, ob die vorher erwähnten Vorzüge auch in Wirklichkeit dem Drahte zukommen. Ich habe zunächst in einem Falle bei einem jugendlichen Pat. die ganze Tibiadiaphyse, welche durch einen osteomyelitischen Process nicht in der gewöhnlichen Weise partiell, sondern total ohne Bildung einer Todtenlade sequestrirt war, und wo nach der Operation nur

die beiden Epiphysen zurückblieben, durch eine Reihe von durchflochtenen, etwa einen Millimeter starken Silberdrähten ersetzt. Die Befestigung des Drahtes geschah mittels Durchführung desselben durch Bohrlöcher in den Epiphysen und Umflechten der freien Enden; die Technik war einfach und bot keine besondere Schwierigkeit. Die mobilisirten Hautränder wurden nach Möglichkeit über dem geflochtenen Drahtstabe — als solcher präsentirte er sich in der Wundhöhle — vernäht. Obwohl naturgemäß bei dem mangelhaften primären Verschlusse die Heilung nur sekundär erfolgen konnte, so blieb der Draht doch an Ort und Stelle liegen und heilte gut ein. Leider erwies sich der reine Silberdraht wegen seiner leichten Biegsamkeit späterhin nicht stark genug, um das Gehen ohne Verband zu ermöglichen, zumal eine erhebliche Knochenneubildung nicht einsetzte. Immerhin ist durch den Ersatz die Form der Extremität gewahrt und eine solche Festigkeit erzielt, wie sie für eine gute Funktion beispielsweise der oberen Extremität ausreichend wäre.

In dem nächsten Falle, ebenfalls einem durch Osteomyelitis entstandenen, etwa 6 cm langen Tibiadefekt, habe ich eben so starken, aber weniger biegsamen Draht[2] verwandt und nicht nur eine Einheilung, sondern auch eine für das Gehen ausreichende Festigkeit erzielt. Freilich lagen hier die Verhältnisse in so fern günstiger, als der Defekt bei Weitem nicht die Größe des vorhergehenden Falles erreichte. Man wird aber überhaupt den Querschnitt des zu verwendenden Drahtes der Größe des Defektes entsprechend kleiner oder größer zu wählen haben: je länger das Ersatzstück, desto stärker der Draht.

Außerordentlich gut bewährte sich der Draht bei einem Unterkieferersatz. Durch eine ausgedehnte Nekrose war bei einem 13-jährigen Jungen der linke Kieferwinkel sammt dem aufsteigenden Aste bis zum Gelenkfortsatze verloren gegangen. Nachdem alles Erkrankte sorgfältig entfernt war, stand der Kieferstumpf stark nach links und innen verzogen; der Abstand der Ober- und Unterkieferzähne betrug etwa 2 cm. Nachdem ich einen Draht durch ein Bohrloch im Gelenkfortsatze des Unterkiefers — das Anbringen des Bohrloches war bei der versteckten Lage und der nothwendigen Schonung des Fascialis technisch schwierig — von außen nach innen durchgezogen hatte, führte ich den innen liegenden Theil des Drahtes nach Bildung eines Kieferwinkels von innen nach außen durch ein Bohrloch im Stumpfe des Kieferbogens und durchflocht wiederum die freien Enden. Die nun offen in der Wunde liegende Prothese konnte noch nach Bedürfnis gebogen werden. Die Wundhöhle wurde

---

[2] Der Draht hat 1,5 mm Querschnitt; der Kern besteht nach einer Mittheilung des Fabrikanten aus einer Metalllegirung und ist stark versilbert. Der Preis beträgt nur den fünften Theil von dem des reinen Silberdrahtes. Wir beziehen diesen Draht vom Instrumentenmacher Koch in Bonn.

tamponirt. Im weiteren Verlaufe umschloss sich der Draht allmählich mit Granulationen, die Wunde vernarbte in 6 Wochen bis auf eine kleine granulirende Öffnung, die ich dann nach Entfernung der Granulationen und Mobilisirung der Wundränder sekundär durch Naht erfolgreich vereinigt habe.

Überraschend war von vorn herein die gute Kaufähigkeit. Wenn auch in den ersten Tagen die Zähne nicht immer beim Zubeißen richtig auf einander trafen, so war dies doch schon nach einer Woche erreicht. Heute — nach 7 Wochen — ist der Draht glatt eingeheilt, die Beweglichkeit des Unterkiefers ist eine fast normale, und die Zähne stehen in richtiger Stellung zu einander.

Gerade in diesem Falle würde die Beseitigung des Defekts auf anderem Wege wegen der Schwierigkeit der Befestigung, der Lage und Größe des fehlenden Knochenstückes voraussichtlich auf Hindernisse gestoßen sein. Besonders angenehm war es, dass die Größe der Prothese beim Legen derselben in gewünschter Länge und Form angepasst werden konnte und nicht vorher zugeschnitten zu werden brauchte; man hatte also bei der Entfernung des erkrankten Knochens gar nicht auf möglichste Erhaltung bedacht zu sein.

Dass der Draht auch zum Ersatze des Kieferbogens geeignet ist, liegt auf der Hand; es dürfte sogar keine Schwierigkeiten machen, eine Hälfte und mehr vom Unterkiefer zu ersetzen, und zwar in der Art, dass man den Bogen einer Drahtschlinge gleichsam als Gelenkkopf gegen die Gelenkpfanne anstemmt, das eine freie Ende durch ein Bohrloch des Kieferstumpfes durchführt und nun wieder nach entsprechender Biegung der Prothese die Enden durchflicht.

Überhaupt glaube ich den Draht gerade beim Unterkieferersatz wohl für das beste plastische Material halten zu dürfen. Es bedarf auch zunächst bei dem Anbringen der Prothese, etwa nach einer Kieferresektion, nicht der Mitwirkung eines Zahnarztes; dessen Aufgabe, einen Zahnersatz zu schaffen, wird erst beginnen, wenn der zur Erhaltung der Kieferform eingelegte Draht völlig eingeheilt ist. Die bisher gebräuchlichen Unterkieferersatzstücke litten doch wohl alle an dem Übelstande, dass ihre Befestigung durch Drahtschlingen an den Zähnen oder durch Schrauben und Drahtschlingen an den Knochenstümpfen sehr komplicirt, und dass die Mitwirkung eines Zahnarztes immerhin von vorn herein wünschenswerth war.

Ich glaube, dass die Verwendung des Drahtes in der angedeuteden Richtung bei weiteren Versuchen sehr befriedigende Resultate geben wird und muss.

Bemerken will ich noch, dass die in den letzten Tagen aufgenommene Röntgenphotographie die Kieferprothese nach Form und Lage in sehr gutem Zustande zeigt.

II. Bemerkungen über die Technik der Anlegung von Filigrangeflechten und über die Verwendung derselben zur Befestigung der Wanderniere.

Von

Prof. O. Witzel in Bonn.

Die Gelegenheit der vorstehenden Veröffentlichung nehme ich wahr, um nochmals auf die Technik der Anlegung von Filigrangeflechten zurückzukommen. — Zu meiner Genugthuung höre ich von vielen Seiten, dass die Verwendung versenkter Drahtgeflechte mit bestem Erfolge in Anwendung gezogen wird. Vielfach wurde ich aber immer noch befragt, wo die Drahtnetze zu beziehen seien. In einem Nachtrage zu meiner ersten Mittheilung habe ich mich bereits erläuternd dahin geäußert, dass das Flechtwerk in jedem Falle und für jeden Fall vom Operateur, und in der Regel in der Wunde anzulegen, anzufertigen ist, dass es nur gelegentlich für den Ersatz von Knochendefekten, zum Theil in seiner groben Form, außerhalb der Wunde vorbereitet wird. — Die Art der Anlegung bei Weichtheildefekten und an Bruchpforten habe ich nun im Laufe des Sommers noch in einer Weise abgeändert, welche die Sache wesentlich erleichtert und den Erfolg in verschiedener Hinsicht noch mehr verbürgt.

Die Näherung der Defektränder geschieht nach wie vor durch Anlegung weit greifender, sich kreuzender Einzelfäden mittlerer Stärke. Den Theil des Flechtwerkes, welcher als »versenkte Pelotte« dienen soll, lege ich aber jetzt mit einem ganz dünnen Silberdrahte fortlaufend an. Es wird die Nadel an beliebiger Stelle in der Nachbarschaft des Defektes durchgestochen; das Ende des nachgezogenen Fadens wird befestigt; dann geht die Nadel kreuz und quer, immer kurze Strecken durchstoßend, gleichsam spazieren, das Gewebe um den Defekt dicht durchflechtend, über den Defekt ziehend und hier die Enden der Einzelnähte niederdrückend. Geht der Faden zu Ende, dann wird ein anderer angedreht und fortgefahren, bis die Umgebung des Defektes, der Bruchpforte, allseitig weithin durchflochten ist.

Die so angelegten Drahtpelotten haben gegenüber den nach dem früheren Verfahren hergestellten den Vorzug, dass nicht so viel Draht auf längere Strecken frei durch die Wunde zieht; die Einheilung ist sicherer, — obschon sie auch nach der früheren Art gut gelang —; es kommen nicht so viel Enden in die Wunde zu liegen; besonders aber ist das ganze Gebilde elastischer und, durch die größere Engigkeit der Maschen, noch ein besserer Schutz gegen die Vorbuchtung kleinerer Partien, etwa nach Art der Hernia epigastrica. —

Im Anschlusse sei noch bemerkt, dass wir auch dazu übergegangen sind, das Drahtnetz bei der Operation der Wanderniere zu verwenden. — Es wird immer mehr anerkannt, dass die direkte Befestigung der Niere, mag dieselbe an einer Rippe oder sonst wo und wie geschehen, nie von Dauer ist. Das Organ rutscht nach einiger Zeit zurück in den erweiterten schlaffen Beutel seiner Fettkapsel, in ein pathologisches sackartiges Mesonephron. Wollen wir eine sichere Befestigung der Niere gewinnen, so muss diese lose Kapsel gespalten, gekürzt und sammt der ebenfalls gespaltenen und von der Niere abgedrängten fibrösen Kapsel nach außen so durch Nähte angezogen werden, dass in der Tiefe des gespannten Trichters die Niere von selbst an gehöriger Stelle liegt. Durch Nachbehandlung der Wunde mit Tamponade, bis an den Hilus heran, kann die Bildung einer breiten Narbenmasse herbeigeführt werden, die, außen sich plattenartig verbreiternd, ein Hineinrutschen des Organes nicht mehr gestattet. — Wir hatten durch dieses Verfahren in einer großen Zahl von Fällen, mehrfach beiderseits in einer Sitzung operirend, stets guten Erfolg, bis schließlich einmal mehr als wünschenswerth erreicht wurde, indem die Niere zu oberflächlich zu liegen kam, beim Husten und Pressen gleich dem Inhalte einer Hernie vortretend, neue Beschwerden machte. Hier kam zuerst ein Drahtgeflecht in Verwendung, zur Verhinderung des Vortretens der Niere; es diente aber zugleich als breiter, in die oberflächliche Fascie eingelegter Rost, an dem die Niere mit Drahtschlingen aufgehängt wurde, welche, die Adnexe durchziehend, in oben geschilderter Weise das Organ indirekt anzogen. Die Heilung erfolgte bei dieser Recidivoperation vollkommen glatt. — Legt man nun bei der primären Operation einer Wanderniere nach Kürzung das Mesonephron Drahtschlingen durch die Ränder desselben und durch die Ränder der fibrösen Kapsel — welche auch hier über der Konvexität der Niere gespalten und von dem Organe bis zum Hilus abgedrängt wurde — und hängt diese Schlingen in einem weithin durch die oberflächliche Muskelfascie mit feinem Draht geflochtenen Roste auf, so tritt dieser an die Stelle der beim früheren Verfahren entstehenden breiten Narbenplatte. Wir brauchen nicht, um letztere zu erzielen, 4 bis 5 Wochen zu tamponiren — brauchen die Kranken nicht so lange Zeit im Bette zu halten, sondern können die Wunde zur primären Heilung kommen und die Kranken nach 10—12 Tagen aufstehen lassen.

---

1) **G. M. Scott.** Cancer mortality in East Essex.

(Brit. med. journ. 1900. August 18.)

S. liefert eine beachtenswerthe Studie über die Verbreitung der Krebskrankheit in dem erwähnten Distrikte. Bearbeitet ist das Material der Jahre 1871—1898. In der ersten Dekade betrug die Sterblichkeit an Carcinom 6,36%, in der zweiten 7,73% und in der dritten

8,41%. Trotz dieser Zahlen will es dem Verf. doch zweifelhaft erscheinen, ob thatsächlich eine Vermehrung der Krebserkrankung vorliegt. Der eine Grund ergiebt sich bei Betrachtung des Sterblichkeitsverhältnisses der beiden Geschlechter. Beim weiblichen Geschlecht ist die Sterblichkeitsziffer nahezu konstant, während sie bei Männern eine stetige Zunahme aufweist. Im ersten Decennium war das Verhältnis 51 : 100, im zweiten 61 : 100 und im dritten 83 : 100. Der weitere Grund ergiebt sich bei Betrachtung des Sitzes der Geschwulstbildung. S. unterscheidet 2 Hauptgruppen, je nachdem der Krebs sich an leicht zugänglichen Organen, wie Lippe, Zunge, Schlund, Penis und Hoden, oder solchen Körpertheilen entwickelt hat, welche der Untersuchung weniger zugänglich sind. In der ersten Gruppe erfolgte die Vermehrung im Verhältnisse von 1 : 1,6 : 2,4, in der zweiten im Verhältnisse von 1 : 2,2 : 3,5, ist also hier viel augenfälliger. Dazu kommt, dass die Angaben in der ersten Zeit vielfach ungenau sind, so dass bei manchen Todesfällen, welche nicht berücksichtigt sind, doch der Verdacht einer Krebsbildung besteht. S. ist desshalb geneigt, die vermeintliche Zunahme der Häufigkeit der Krebserkrankung der exakteren Diagnose zuzuschreiben, will indessen die Frage nicht bestimmt beantworten. Sodann bespricht S. eingehend die Topographie und Geologie des in Frage stehenden Distriktes — die Einzelheiten hier anzuführen würde zu weit führen. Auf Grund dieser Untersuchungen weist S. nach, dass die Theorie Harilland's über die Verbreitung des Krebses, welche sich auf den Boden- und Bewässerungsverhältnissen aufbaut, auf den Distrikt East Essex nicht zutrifft.

Weiss (Düsseldorf).

---

2) **Hitschmann** und **Lindenthal.** Über die Gangrène foudroyante.

Wien, 1899. 173 S. mit 3 Tafeln.

Das Autoreferat — Centralbl. für Chirurgie 1899, No. 27 — der beiden Verff., die auf dem vorjährigen Chirurgenkongresse über das Ergebnis ihrer Untersuchungen berichteten, macht eine eingehende Besprechung und Würdigung der vorliegenden Arbeit überflüssig.

Die 7 klinischen Beobachtungen mit den jeder einzelnen sich anschließenden histologischen und bakteriologischen Untersuchungen werden ausführlich mitgetheilt und besonders die morphologischen und biologischen Merkmale festgelegt, die dem bereits von Fraenkel beschriebenen Bacillus der Gangrène foudroyante eine besondere Stellung unter den anaëroben Bacillen anweisen.

Gross (Jena).

---

3) **Hägler** (Basel). Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz. Eine experimentelle und kritische Studie.

Basel, 1900. 210 S. mit 4 Tafeln.

Die schöne Arbeit H.'s berichtet über die Ergebnisse einer sorgfältigsten Prüfung des ganzen Gebietes der Händedesinfektion durch

einen Einzelnen; das Produkt eines 12jährigen Studiums, erweckt sie unser ganzes Interesse vor Allem durch die Exaktheit und nicht zum wenigsten durch die Originalität der angewandten Untersuchungsmethoden.

Zur Abimpfung der Haut bediente sich H. der »Fadenmethode«: dickste Seidenfäden, von 20 cm Länge, werden an den zu untersuchenden Hautabschnitten (Unternagelräumen etc.) ausgerieben und dem Nährsubstrat übergeben; da sie mit ihrer rauhen Oberfläche die Keime mitreißen, sind sie die besten Testobjekte für den Grad der Keimreinheit oder Keimverunreinigung unserer Hände. — Um die Schwierigkeiten des allzu subtilen und zeitraubenden mikroskopischen Nachweises und Differenzirung der Bakterien zu umgehen, hat H. die Bakterien ersetzt durch sichtbare, fein korpuskuläre Elemente (Tusche, Kienruß, Zinnober), die in die Haut eingerieben werden, eine Substituirung, deren Berechtigung ausführlich begründet und durch Abbildungen veranschaulicht wird. H. wies nach, dass eine Reinigung, die makroskopisch oder mikroskopisch erkennbar Tuschpartikelchen an der Handoberfläche zurücklässt, auch nicht im Stande ist, das Keimmaterial zu entfernen; die Rückstände zeigen gerade die Schlupfwinkel an, wo auch die Keime der Reinigung so leicht entgehen.

Der Vorzug dieser »autoptischen« Methode H.'s für Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Untersuchungsmethoden und zur Feststellung der Reinigungsfähigkeit verschiedener Hände wird hervorgehoben. Indem sie zur Beantwortung der Frage nach der Lokalisation der Mikroorganismen verwerthet wurde, ließ sich feststellen, dass die »Keime« an unseren Händen relativ selten und spärlich in Haarbälgen sich finden, dass sie in Schweißdrüsen gewöhnlich fehlen und in alle diese natürlichen Hautöffnungen nicht einwachsen, sondern durch Reize von außen dahin verbracht werden, dass sie weiter, einmal dort, unter normalen Verhältnissen sich nicht vermehren, sondern durch den Sekretionsstrom wieder ausgeschieden werden. Ganz anders verhalten sich die accidentellen Gänge, die kleinen Verletzungen, in denen sich regelmäßig Keime nachweisen lassen, und von denen anzunehmen ist, dass sie sich sowohl in der Tiefe vermehren, als auch von der Hautoberfläche her gegen die Tiefe der Wundkanäle einwachsen.

Bei der Handreinigung spielt die wichtigste Rolle der mechanische Akt des Waschens. Die Untersuchungen wurden an der »Tageshand« vorgenommen. Hauptbedingungen für die erfolgreiche Waschung sind warmes Wasser, Seife (zur Entfettung und Lösung der Epidermis), ein Frottirinstrument (Bürste!) und energisches Abreiben an einem rauhen Tuche. Am schwersten zugänglich ist der Reinigung das rauhe Ende des Nagelbettes, die am besten bewerkstelligt wird durch das Ausreiben des Unternagelraumes mit einem rauhen, aber geschmeidigen Medium (Seidenfaden). Welche Bedeutung der Individualität (Grad des Verständnisses für den Waschprocess) zu-

kommt, wird an einer Serie von Versuchspersonen gezeigt; individuelle Eigenthümlichkeiten (Behaarung, verschiedener Grad der Fettsekretion) der Haut sind eben so zu berücksichtigen.

Eine ausführliche Besprechung hat naturgemäß die Wirkung der Desinfektionsmittel erfahren. Der Satz, dass die desinficirende Waschflüssigkeit — allein angewandt — für die Praxis der Händesterilisation nutzlos ist, wird nicht überraschen. Besonders interessiren die Untersuchungen H.'s über die Bedeutung des Äthylalkohols: Die Reagenzversuche ergaben allerdings, dass ihm eine bakterienschädliche Eigenschaft nicht abgesprochen werden könne, dass aber weniger diese, als die schrumpfende, härtende Wirkung in Betracht käme (Krönig); der letzteren seien auch die glänzenden Resultate der Versuche Ahlfeld's, Fürbringer's etc. zuzuschreiben, weil durch sie die Entnahme des Materials aus den natürlichen oder traumatischen Einsenkungen der Hautoberfläche verhindert würde. Seine fettlösende und wasserentziehende Wirkung macht dagegen den Alkohol zum werthvollsten Zwischengliede bei der Desinfektion, da er die Haut für die in wässriger Lösung beigebrachten Antiseptica trefflich vorbereitet.

Die wichtigsten Versuche H.'s über die Bedeutung des Sublimats können an dieser Stelle nicht besprochen werden. Erwähnung verdienen besonders die Untersuchungen über den Keimgehalt der Handoberfläche während des Operationsaktes. Im Gegensatze zu Doederlein hält H. es für ganz unwahrscheinlich, dass dem Luftstaube irgend welche wichtige Bedeutung als Quelle des Keimmaterials zukomme: Ein Zwirnhandschuh auf der bloßen Haut enthält mehr Keime, als wenn er durch einen Gummihandschuh vor der unmittelbaren Berührung mit der Haut geschützt wird; weiter ergiebt sich, dass unter einem Gummihandschuh, der die Falten und Vertiefungen komprimirt und besonders die Reibung der Handoberfläche hintanhält, trotz aller Moderation in entsprechend langer Zeit sich weniger Epithelzellen und korpuskuläre Verunreinigungen an der Handoberfläche lösen, als unter dem Zwirnhandschuh. Die Art der Keime, die an der Handoberfläche sich finden, entspricht auch der, die wir gewohnt sind, regelmäßig in der Haut zu finden.

Operationshandschuhe und undurchlässige Überzüge der Hände verwirft H. als ungenügenden Schutz. Der wichtigste Faktor in der Möglichkeit der Händedesinfektion, so wird im Schlußworte ausgeführt, ist die Beschaffenheit der Handoberfläche, die »tadellos« gehalten sein muss. »Für den Chirurgen gehört die Kosmetik der Hand gerade so sehr zum täglichen Pensum, wie das Aufziehen der Taschenuhr.« Gross (Jena).

---

4) **Wormser** (Basel). De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique.

(Semaine méd. 1890. 20. Juni.)

Interessiren dürfte an der Arbeit nur die Mittheilung, dass nach dem Vorgehen Hägler's auf der Baseler Frauenklinik beim Gebrauche der Gummihandschuhe sterilisirtes Talkpulver verwandt wird, das die Hände trocken erhält und für die Konservirung der Handschuhe große Vorzüge bietet.

Wie weit W. in seiner Empfehlung der Operationshandschuhe geht, zeigt wohl am besten seine Behauptung, dass »Dank den Handschuhen fast alle Chirurgen die Zahl der Fälle von Wundinfektion haben zurückgehen sehen«. Als eigenen Erfolg glaubt W. anführen zu können, dass mit Handschuhen 3 manuelle Placentaausräumungen absolut keine Temperatursteigerungen hervorriefen, während dies im Jahre vorher bei 12 Fällen 5mal der Fall war. **Gross** (Jena).

---

5) **A. M. Phelps** (New York). Die Behandlung von Abscessen der Gelenke mit Glasspeculum-Drainage und reiner Karbolsäure, nebst einem Bericht über 70 Fälle.

(Münchner med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

In dem in der Sektion für Chirurgie des Kindesalters auf dem diesjährigen internationalen Kongresse zu Paris gehaltenen Vortrage sucht P. zunächst die Nothwendigkeit frühzeitiger Operation aller »tuberkulösen oder eitrigen Abscesse« des Hüftgelenks, sei es zum Zwecke der Untersuchung des letzteren, sei es zu dem der gründlichen Drainage darzuthun. Wenn auch stellenweise die pathologisch-anatomischen Anschauungen, die Verf., der deutschen Sprache nicht vollständig mächtig, nicht immer genügend klar zum Ausdrucke bringt, bei den deutschen Chirurgen Verwunderung erregen dürften, so werden ihnen indess die von P. mit seiner Behandlungsmethode erreichten Resultate — obwohl der Abhandlung leider keine Krankengeschichten beigegeben sind, die in jedem einzelnen Falle über die der Abscessbildung zu Grunde liegende Gelenkkrankheit Aufschluss geben könnten — von Interesse sein.

P. verfährt folgendermaßen: Er eröffnet das Gelenk, untersucht es, verlängert den Einschnitt bei Bestehen einer Knochenerkrankung, kratzt letztere, event. auch den Trochanter major, Schenkelkopf und -Hals entfernend, aus, berieselt dann das Gelenk mit Sublimatlösung und füllt es hierauf zum Zwecke der »Desinfektion« mit reiner Karbolsäure an, die eine Minute daringelassen wird, worauf gründliche Auswaschung mit reinem Alkohol und schließlich nach Fortspülung des letzteren mit 2%igem Karbolwasser die Einführung einer Glasröhre von $^1/_2$—$2^1/_2$ Zoll Durchmesser und 1—$5^1/_2$ Zoll Länge bis zum Boden des Gelenkes folgt. Die Röhre, welche weit gewählt werden soll, um den »steten Einblick in das Gelenk« und nöthigen

Falls die Wiederholung der Ausschabung und Karbolsäure-Alkoholbehandlung zu ermöglichen, bleibt so lange liegen, »bis vom Boden der Wunde an Granulationen einsetzen«. Unter den 70 so behandelten Fällen, in denen nur 20mal »Excisionen« gemacht, in 15 der nekrotische Schenkelkopf entfernt wurde, betrafen 30 solche, wo »die Erkrankung auf die Gelenkpfanne mit sekundärer Infektion des Knochenhalses (!)« beschränkt war, 12 Fälle von Abscess in der Fossa iliaca etc. In allen erfolgten, einige Male nach Nachoperationen, vollständige Heilung; die meisten Pat. wurden wenige Wochen nach der Operation aus dem Hospital entlassen. Viele Fragen und Zweifel, die sich dem deutschen Leser bei dem Studium der Abhandlung aufdrängen werden, finden leider in Folge des Fehlens der Krankengeschichten keine Beantwortung. **Kramer** (Glogau).

---

6) **Floeckinger** (La Grange, Texas). Klinische Experimente mit Nirvanin.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. Juni.)

Verf. hat vergleichende klinische Untersuchungen zwischen Cocain und Nirvanin angestellt, und zwar mit subkutaner Injektion oder Infiltrationsmethode nach Schleich oder regionärer Anästhesie nach Oberst-Braun. Unter seiner Tabelle befinden sich auch größere Operationen, wie Herniotomien, Radikaloperation nach Bassini, Laparotomie mit Ventrofixation, eine Talusexstirpation etc. Nur einmal hat Nirvanin versagt, bei der Excision einer Ranula sublingualis. Verf. giebt auf Grund seiner Erfahrungen dem Nirvanin bei Weitem den Vorzug, und zwar aus folgenden Gründen: Cocain ist 10mal giftiger als Nirvanin; Störungen von Seiten des Centralnervensystems oder toxische Erscheinungen treten bei letzterem nicht auf; auch hat Nirvanin eine antibakterielle Wirkung; die Analgesie tritt schneller ein und hält länger an als bei Cocain. Den brennenden Schmerz bei der Injektion von Nirvanin führt F. auf zu schnelle Entleerung der Injektionsflüssigkeit zurück. Bei größeren Operationen macht er zur Beruhigung des Kranken eine halbe Stunde vorher eine Morphiuminjektion. Im Allgemeinen kommt man mit einer $^1/_2$—1 %igen Lösung aus; bei regionärer Anästhesie wendet F. eine 2 %ige Lösung an. Wiederholt hat er 0,5 g Nirvanin verbraucht, ohne wesentliche toxische Erscheinungen zu beobachten. Eine erwärmte Lösung bewirkt eine schneller eintretende Anästhesie als eine kalte. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

7) **F. König.** Über gleichzeitige Schussverletzung von Brust- und Bauchhöhle.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 2—5.)

Auf Grund eingehender klinischer und anatomischer Untersuchungen gelegentlich der längeren Beobachtung einer Schuss-

verletzung gruppirt K. die Ergebnisse seiner sorgfältigen Beobachtungen und Studien auf dem Gebiete der Schussverletzungen, welche Herzbeutel, Zwerchfell, Pleura und Bauchhöhle betreffen, in Folgendem: Die Stelle des 5. Interkostalraumes links einwärts von der Mammillarlinie ist geeignet für Verletzungen, welche nur den Herzbeutel treffen, das Herz aber unberührt lassen. Der Herzbeutel kann hier noch von Pleura unbedeckt freiliegen, so dass auch diese geschont wird. Solche Verletzungen heilen, wenn spontan, in Folge des Hämoperikardiums mit totaler Synechie beider Perikardialblätter. Bei dem Eintritte bedrohlicher Erscheinungen kann man zunächst eine Punktion versuchen, bevor man die Perikardiotomie unternimmt, Opressionserscheinungen können durch gleichzeitigen Hämothorax bedingt sein, dessen Entleerung durch Punktion sie beseitigen kann. Operative Eröffnungen des Brustkorbes und Herzbeutels sind erst zu machen, wenn die Punktion nicht zum Ziele geführt hat. Zwerchfellwunden können heilen durch Verwachsung der gegenüber liegenden serösen Fläche mit der Lochstelle. Die Naht von Zwerchfellwunden durch Postempsky's Operation ist nur dann indicirt, wenn schwere Erscheinungen vorliegen, die einen Durchtritt von Magen oder Darm in den Pleuraraum annehmen lassen. Deutet die Schussrichtung auf gleichzeitige Betheiligung der Bauchhöhle hin, so ist nur die Laparotomie, ohne Rücksicht auf die Einschussstelle angezeigt, um einerseits die Blutung im Bauchraume zu beseitigen und Verwachsungen zu verhindern, andererseits um auf eventuelle Verletzungen der Organe untersuchen zu können (Magen, Milz, Leber). Durch die explosive Kraft des Geschosses können schwere Schädigungen der Organe auch fern vom Schusskanale entstehen, so Magengeschwür, Nekrosen der Leber, traumatische Hepatitis, Leberabscess. Jede, noch so kleine, sicher diagnosticirte Leberwunde erfordert die Laparotomie. Die Wunde ist breit offen zu halten durch eingelegte Jodoformgaze, welche durch die offen gelassene Bauchhöhle herauszuführen ist, um die Infektion abzuhalten. Die Naht erfüllt diesen Zweck nicht. **Gold** (Bielitz).

---

8) **A. Jalaguier.** Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

(Médecine moderne 1900. No. 56.) i

J. ist kein Anhänger der Ultraradikalen in Frankreich, weicht aber auch in manchen Punkten von der in Deutschland von den meisten Chirurgen geübten Behandlung ab.

Die Operation im akuten Anfalle soll, wenn irgend möglich, vermieden werden. Die Behandlung besteht in absoluter Ruhe, Vermeidung jeder Nahrungszufuhr, reichlicher Eisapplikation auf den Bauch, Opium und in schweren Fällen ausgiebigen Injektionen von künstlichem Serum. Absolut kontraindicirt sind Abführmittel und Einläufe. Mit diesem Regime hat J. in der überwiegenden Mehr-

zahl der Fälle (seine Beobachtungen beziehen sich auf 360 Fälle) eine Lokalisation des Processes und ein Abklingen des Anfalles erzielt. Opium soll so lange gegeben werden, bis die heftigen Schmerzen der ersten Tage vorüber sind. Die erste flüssige Nahrung wird erst verabfolgt einen Tag, nachdem die Temperatur zur Norm abgefallen ist. Stellt der Stuhlgang sich nicht spontan ein, so soll er 24—36 Stunden nach Ablauf des Anfalles durch Einläufe und Suppositorien, event. Ricinus hervorgerufen werden. Indikationen zum operativen Eingriffe während des Anfalles bestehen, wenn nach den ersten 24—36 Stunden der Behandlung keine Besserung eintritt, wenn Unruhe, lebhafte Schmerzen bestehen und die Pulszahl bei fallender Temperatur steigt; eben so wenn nach kurzer Besserung die Symptome wieder ernster werden, häufiges Erbrechen, Temperatursteigerung oder Abfall unter die Norm, Veränderung der Gesichtszüge, Vermehrung der Schmerzen eintreten. Ferner wenn nach Ablauf der ersten 5—6 Tage die Temperatur, statt zu sinken, steigt oder erhebliche Schwankungen aufweist, oder der Puls dem Temperaturabfalle nicht folgt, wenn ein oder mehrere Fröste auftreten und die Schmerzen stärker werden oder anfallsweise wiederkehren, wenn die Infiltration und das Exsudat wächst und unter lebhaften Schmerzen im Centrum erweicht. Dessgleichen, wenn ein durch Unruhe oder Diätfehler bedingtes Recidiv länger als 24—36 Stunden der angegebenen Behandlung trotzt, so wie, wenn im Verlaufe der Rekonvalescenz wiederholte akute oder subakute Nachschübe auftreten.

Um die Erfüllung dieser Indikationen zu ermöglichen, muss jeder appendicitische Anfall von vorn herein unter Beobachtung des Chirurgen gestellt werden. War diese Bedingung nicht erfüllt, so ist die Indikationsstellung viel schwieriger. Dann sollen folgende Regeln gelten: Fieber von über 5—6 Tage Dauer mit oder ohne Fröste, fötide Diarrhöe, Status typhosus, heftiger Schmerz, spontan und in Anfällen wiederkehrend, excessiver Druckschmerz an der Stelle des Exsudates und Missverhältnis zwischen Puls und Temperatur, eben so eine allgemeine Peritonitis, abgesehen von bereits hoffnungslosen Fällen, indiciren die sofortige Operation. Bei der allgemeinen Peritonitis ist die Entleerung der septischen Produkte und ausgiebige Drainage die Hauptsache; die Appendix soll nur entfernt werden, wenn es ohne Lösung von Adhäsionen möglich ist; ausgespült sollen nur abgekapselte Höhlen werden; die Eröffnung der Eiterhöhle bei abgekapselten Abscessen soll ohne Eröffnung der freien Bauchhöhle geschehen.

Was die Operation »à froid« betrifft, so steht J. auf dem Standpunkte, dieselbe schon nach einem einmaligen Anfalle stets vorzunehmen, wenn irgend die Einwilligung dazu zu erlangen ist. Besonders ist darauf zu drängen, wenn der erste Anfall ohne nachweisbares Exsudat verlief, da hier auf schützende Adhäsionen nicht zu hoffen ist.

Was die chronischen Appendicitiden, unter dem Bilde unbestimmter Verdauungsstörungen, Colitis muco-membranacea etc. verlaufend, betrifft, so ist J. hier stets für Operation. Schwangerschaft giebt seiner Ansicht nach keine Kontraindikation gegen operative Eingriffe bei der Appendicitis ab. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

9) **C. H. Frazier.** An experimental study of the etiology of appendicitis.

(Contribution from the William Pepper laboratory of clinical med.) Philadelphia, 1900.

Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt und betrugen 45 an Zahl.

Die aseptische Unterbindung des Wurmfortsatzes an seiner Basis ohne Störung der Cirkulation hatte regelmäßig eine eitrige Appendicitis zur Folge. Einen Abschluss der Appendix gegen den Blinddarm durch chemische Reizung der Schleimhaut des letzteren an der Mündung des Wurmfortsatzes herzustellen, gelang in Folge der eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse beim Kaninchen nicht.

Einführung von Fremdkörpern in den Wurmfortsatz zugleich mit der Unterbindung desselben hatte keinen anderen Effekt als letztere allein.

In die sonst unbeeinflusste Appendix eingeführte Fremdkörper (Kiesel) wurden regelmäßig durch die Peristaltik in den Blinddarm ausgestoßen.

Die Prüfung der Virulenz des im Wurmfortsatze befindlichen Bacterium coli ergab, dass dieselbe in dem durch Ligatur abgeschlossenen Organe in wenigen Tagen erheblich zunahm, so dass es anstatt eines harmlosen Abscesses beim Meerschweinchen tödliche Toxämie erzeugte. Außerdem waren diese in ihrer Virulenz erheblich gesteigerten Mikroorganismen im Stande, schwere pathologische Veränderungen an der Wand der Appendix hervorzurufen, ohne dass Cirkulationsstörungen bestanden.

Hochvirulente Bakterien, in einen sonst unveränderten Wurmfortsatz injicirt, brachten keine Entzündung hervor; es fehlte dazu eben die Sekretstauung als prädisponirendes Moment. Auch chemische Irritation der Wände des Organes (Injektion von Argent. nitricum) genügte nicht als solches; eben so war die gleichzeitige Anwesenheit von Fremdkörpern bedeutungslos.

Zum Studium der Wirkung von Cirkulationsstörungen wurden Arterie und Vene entweder gleichzeitig oder jede für sich unterbunden. Als Effekt von ersterer Maßnahme war der Wurmfortsatz am 9. Tage über das Doppelte ausgedehnt, mit schleimig eitrigem Inhalte erfüllt, die Schleimhaut stellenweise geschwürig, die Submucosa durchweg infiltrirt. Bei isolirter Unterbindung der Arterie waren die Veränderungen geringer, ohne Ulceration der Schleimhaut; isolirte Unterbindung der Vene hatte keinen merkbaren Effekt.

Injektion von nichtvirulenten Colikulturen gleichzeitig mit künstlich erzeugter Cirkulationsstörung ergab eine erhebliche Zunahme der Virulenz unter diesen Bedingungen. Chemische Irritation bei gleichzeitiger Gefäßunterbindung erzeugte in jedem Falle gangränöse Appendicitis. Fremdkörpereinführung unter den gleichen Bedingungen führte einmal zu Perforation.

Verf. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse:

1) Von allen ätiologischen Faktoren bei der Appendicitis spielt die unvollständige Entleerung (Drainage) des Organs die wichtigste Rolle. Immer, wenn dieselbe vorhanden ist und nur für kurze Zeit bestehen bleibt, hat sie ganz bestimmte, manchmal ernste Veränderungen im Gefolge.

2) Als direkte Folge des unvollständigen Abflusses tritt eine erhebliche Steigerung in der Virulenz des Bact. coli ein. Diese Erhöhung der Virulenz sowohl wie die Unfähigkeit des Organs, durch Peristaltik sich der Bakterien und ihrer Toxine zu entledigen, sind direkt verantwortlich für die lokalen Schädigungen und die konstitutionelle Erkrankung.

3) Die verschiedenen Grade von Virulenz, welche das Bact. coli unter gewissen prädisponirenden Bedingungen — besonders der eben genannten — annimmt, lässt eine Erklärung zu für die weiten Schwankungen in der Schwere der appendicitischen Anfälle.

4) An Wichtigkeit am nächsten dem ungenügenden Abflusse aus dem Organe und der bakteriellen Virulenz steht die Cirkulationsstörung. Ihre Wirkung ist eine doppelte: Die Gewebe verlieren ihre Widerstandskraft, und die Virulenz der Bakterien wächst.

5) Die geringe Bedeutung, die der Anwesenheit von Fremdkörpern im menschlichen Wurmfortsatze zukommt, wird durch das Experiment bestätigt.

R. v. Hippel (Dresden).

---

10) **Lindner.** Zur Chirurgie des Magencarcinoms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 5.)

Die Lehre vom Magenkrebs ist seit ca. 2 Jahren von verschiedenen Seiten revidirt worden und weitere neue Grundsätze aufgestellt, die mit den bisher geltenden im Widerspruche stehen. Insbesondere sind es 3 Fragen, welche L. der Beantwortung für wichtig hält. 1) Ist es möglich, die Entfernung des Magencarcinoms noch radikaler vorzunehmen als bisher? 2) Ist es richtiger, in Fällen, die nicht mehr radikal operirt werden können, bei denen aber eine Resektion technisch ausführbar ist, diese letztere an Stelle der bisher ausgeführten Gastroenterostomie zu setzen, und 3) empfiehlt es sich, in Fällen, bei denen nur noch eine Palliativoperation möglich ist, diese möglichst radikal zu gestalten, d. h. statt der Gastroenterostomie die Jejunostomie zu machen?

L. spricht sich gegen die Methode Mikulicz's aus, der sich bemüht, außer der ausgiebigen Entfernung der kranken Magentheile

auch die zugehörigen Drüsen im weitesten Umfange fortzunehmen, indem er hervorhebt, dass die Entfernung der Drüsen dadurch, dass eine radikale Entfernung der Lymphgefäße unmöglich ist, bedeutend an Werth verliert, abgesehen davon, dass von Seiten der Drüsen die Gefahr der Recidive keine besonders große ist, vielmehr von der Zurücklassung carcinomatöser Herde im Magen selbst droht. Den Ersatz der Gastroenterostomie durch die Resektion sieht L. nicht als Fortschritt, sondern als entschiedenen Rückschritt für die Chirurgie an und spricht der Gastroenterostomie das Wort in Fällen, die eine radikale Entfernung des Krebses nicht mehr zulassen; denn eine kunstgerecht angelegte Gastroenterostomie in Verbindung mit Enteroanastomose giebt sichere Gewähr für gute Entleerung des Magens und für Abhaltung schädlicher Reize. Das Befinden von Krebskranken bessert sich nach der Gastroenterostomie zusehends und bedeutend, auch konnte man in der ersten Zeit das Zurückgehen ihrer Geschwülste konstatiren. L. schließt seine Ausführungen damit, dass für die Allgemeinheit kein triftiger Grund vorliegt, von dem bis jetzt als gut und sicher fundirt Erkannten abzugeben.

Gold (Bielitz).

---

11) J. Cantlie. Subhepatic abscess.

(Brit. med. journ. 1900. September 1.)

Es handelt sich um eine seltene Erkrankung, welche C. nur in den Tropen oder doch bei Individuen, welche in den Tropen gelebt haben, beobachtet hat. Es kommt dabei zu einer Eiteransammlung zwischen Lebersubstanz und Leberkapsel. Den Ausgangspunkt der Eiterung bildet wahrscheinlich eine Lymphangitis. Die Ätiologie ist unklar. Dysenterie oder ulcerative Zustände im Darmkanale scheinen keine Rolle zu spielen. Möglicherweise verdankt der Abscess seine Entstehung der Malaria. Die genaue Diagnose ist nur während der Operation zu stellen. Das Bild, welches die beobachteten Fälle boten, war folgendes:

1) Fand sich eine Geschwulst, die sich vom Leberrande nach links bis zum Fundus der Gallenblase und hinter den rechten M. rectus erstreckte.

2) War eine Perihepatitis mit deutlichem Reibegeräusche nachweisbar; dieselbe dehnte sich von Tag zu Tag mehr aus. Im Centrum schwanden die Reibegeräusche entsprechend der Entstehung fester Verwachsungen.

3) Die Leberdämpfung ist wenig oder gar nicht vergrößert.

4) Es besteht Fieber, hier und da treten Schüttelfröste ein; der Darm ist gewöhnlich gelähmt, oder auch besteht Durchfall. Wie meist bei Entzündungserscheinungen seitens der Leber kommen Störungen der Cirkulation und der Bewegungen des Brustkorbes zu Stande.

Die Prognose ist günstig. Die Eröffnung des Abscesses bietet in Folge der eingetretenen Verwachsungen mit den Bauchdecken keine sonderlichen Schwierigkeiten und Gefahr.

Weiss (Düsseldorf).

---

12) **B. Macleod.** Tropical liver abscess.

(Brit. med. journ. 1900. September 1.)

Die spontane Entleerung des Leberabscesses findet am häufigsten durch die Lunge oder durch die Pleurahöhle statt, entsprechend der Richtung des geringsten Widerstandes. In die Pleura bricht der Abscess entweder primär aus der Leber oder sekundär von der Lunge her durch. Im ersten Falle genügt eine kleine Außenöffnung zur Drainage, während im letzteren eine breite Eröffnung mit ausgiebiger Rippenresektion erforderlich ist.

Findet der Eiter seinen Weg in die Lungen, so kann bei deutlichem Hervortreten der Lebererscheinungen die direkte Drainage der Leberhöhle zur Anwendung gelangen. Oft aber sind die Symptome so, dass das Bestehen eines Eiterherdes in der Leber nicht völlig sicher ist, und dann die Exploration der Leber hinausgeschoben wird. Das Gleiche geschieht, wenn der Kranke so weit heruntergekommen ist, dass er dem Eingriffe nicht gewachsen erscheint. Manchmal lässt dann die Expektoration der eitrigen Massen nach, und es tritt Heilung ein. In anderen Fällen kommt es zu Nachschüben, die Eiterung aus der Lunge hält an, die Kranken kommen immer mehr herunter und gerathen in die größte Gefahr. Entgegen der meist vertretenen Ansicht, in solchen Fällen den Abscess in der Leber zu drainiren, giebt M. den Rath, die Leber sich selbst zu überlassen und die Therapie vornehmlich gegen die Affektion der Lunge zu richten. Dieser Rath stützt sich auf die Beobachtung, dass, während die Erkrankung der Lunge immer weitere Fortschritte macht, die Eiterung in der Leber häufiger zurückgeht, die Höhle sich abkapselt und zusammenzieht. Dabei schließt sich dieselbe manchmal gegen die Lunge völlig ab, und so ist es zu erklären, wenn die ausgehusteten Eitermassen nicht die für den Lebereiter charakteristischen Merkmale haben. Aber selbst, wo die letzteren vorhanden sind, kann es vorkommen, dass ein Zusammenhang mit der Leber nicht nachweisbar ist. Sucht man dann die Leberhöhle auf und drainirt dieselbe, so hat der Eingriff gar keinen Erfolg, während bei geeigneter gegen die Erkrankung des Lungengewebes gerichteter Therapie — unter Umständen Freilegen und Drainiren des Lungenherdes — Heilung eintritt. **Weiss** (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

13) **Haeberlin.** Die Serumtherapie bei septischen Processen.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 28.)

H. hat 4 Fälle mit Marmorek'schem Serum behandelt, eine Sepsis nach Enukleation eines verjauchten Myoms und 3 puerperale Fälle; 2 starben, 2 genasen. Die beiden Geheilten bekamen einen Abscess an der Injektionsstelle.

Verf. theilt den Enthusiasmus vieler Serotherapeuten. Für ihn ist die Serumtherapie der Diphtherie schon »Gemeingut« der Ärzte. Die Epikrise zu Fall III ist mindestens optimistisch. Die höchste Temperatur vor der Injektion war 38,5, »in den nächsten Tagen« nach der Injektion 38,0. Der Puls wurde von 100 auf 88 herabgesetzt. Verf. bezeichnet das als »intensive« Beeinflussung der Krankheit.

Als Zugabe hatte die Kranke ihren Abscess an der Injektionsstelle, über dessen Größe und Verlauf nicht berichtet wird.

Zur Klärung der Frage tragen die Fälle des Verf. sicher bei, aber wohl nicht in seinem Sinne. **Grisson** (Hamburg).

14) **H. W. Dodd.** Bilateral resection of the superior cervical ganglion of the sympathetic for glaucoma.

(Lancet 1900. Oktober 13.)

Auf Grund der von Jonnesco (Bukarest) empfohlenen Sympathicusresektion wegen Glaukom an der Hand von 7 Fällen hat Verf. das Verfahren an 1 Falle bei doppelseitiger Erkrankung angewendet. Als Erfolg wird genannt unmittelbares und dauerndes Sinken der okularen Spannung, Kontraktion der Pupillen, Verschwinden von periorbitalem und Kopfschmerz, Aufhören der Reizzustände und auffallende, dauernde Besserung des Sehvermögens in den Fällen, wo die Atrophie des Sehnerven noch keine vollständige war.

Die hier interessirende Technik der Operation ist die, dass längs der vorderen Kante des M. sterno-cleido-mastoideus ein ca. 10 cm langer Schnitt gemacht, schichtweise vorgegangen wird und so in der Tiefe der Cervicalstrang des Sympathicus aufgesucht und von ihm ca. 4 cm mitsammt dem Ganglion super. resecirt werden. **F. Kraemer** (Berlin).

15) **Schudmak und Vlachos.** Ein Fall von Abdominaltyphus mit posttyphöser Schilddrüsenvereiterung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. N. 29.)

Die Erkrankung betraf einen 30jährigen, mit kleinem Kropf behafteten Pat. und trat im Beginn der 4. Krankheitswoche auf. Im Kropfeiter (Entnahme durch Probepunktion, später Incision) ausschließlich Typhusbacillen, deren Eigenschaften als echte Eberth'sche Bacillen durch eine große Anzahl der Kulturmethoden nachgewiesen wurden. (Der positive Ausfall der Agglutinationsprobe, die ausschließlich mit dem Serum des Pat. angestellt wurde, ist dafür nicht beweisend. Es hätte mindestens einer Kontrollprobe mit einem absolut sicheren Typhusstamme bedurft, besser noch mit Serum eines gegen Typhus immunisirten Thieres. Ref.) **Hübener** (Dresden).

16) **Preindlsberger.** Zur operativen Dislokation des Kropfes nach Wölfler.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 23.)

Mittheilung eines Falles von Kropf bei einer 15jährigen Pat., in welchem unter Schleich'scher Lokalanästhesie die Exstirpation des rechten Lappens und des Isthmus, so wie die Verlagerung des linken ausgeführt wurde. Letztere mit der Modifikation, dass die Thyreoidea superior unterbunden wurde in der Hoffnung, dass hierdurch eine Schrumpfung des Lappens eintreten solle, was auch geschah. **Hübener** (Dresden).

17) **C. Dalla Rosa** (Venedig). Cura dell' empieme cronico mediante pleurectomia.

(Clinica chirurgica 1899. No. 1.)

D. R. theilt neuerdings 8 Fälle von Pleurektomie nach Schede aus der Klinik Giordano's mit, in welchen versucht wurde, längere Zeit bestehende Thoraxfisteln nach Thorakotomien zum definitiven Verschlusse zu bringen. An der Methode ist nichts Wesentliches geändert worden. In 6 Fällen gelang der Eingriff vollkommen, die Wunden heilten glatt. In diesen Fällen hatte die Sekretion durch 2 Monate bis 2 Jahre gedauert. Die Wunden heilten in ziemlich kurzer Zeit (bis zu 8 Wochen) glatt; die Abflachung des Thorax war zumeist bedeutend. Über die Funktion der betreffenden Lungen wird nichts mitgetheilt. An einigen Bildern und Radiogrammen sind die Resultate gut zur Anschauung gebracht. — 2 Kranke starben. Bei diesen war die Eiterung nach der Thorakotomie jahrelang sehr reichlich gewesen, sie waren schwer herabgekommen und zeigten ausgedehnte Amyloidose. **J. Sternberg** (Wien).

18) **Roger et Garnier.** Note sur un cas de mammite gangréneuse.

(Presse méd. 1899. No. 58.)

Eine 17jährige Frau bekam 9 Tage nach ihrer Niederkunft Scharlach; gleichzeitig trat eine schwere Erkrankung der linken Brust auf. Es bildeten sich im unteren, inneren Quadranten 2 Ulcerationen, welche einen entschieden brandigen Charakter annahmen. Die Sekretion war reichlich, übelriechend; in der Umgebung der Warzen traten mehrere kleinere Geschwüre auf. Das Scharlach nahm einen gewöhnlichen Verlauf, die Temperatur aber hielt sich hoch; die lokale Erkrankung breitete sich weiter aus; die Geschwüre nahmen eine schwarze Farbe an. Erst nachdem sich die Drüse in großen Fetzen abgestoßen hatte, schlossen sich die Geschwüre etwa 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung. Verff. haben den Eiter bakteriologisch nach allen Richtungen hin untersucht und auch zahlreiche Thierversuche angestellt. Sie konnten einen Coccus isoliren, der häufig zu 2, seltener zu 3 Exemplaren vereint, sehr klein war und sich nach Gram nicht entfärbte; er kam nicht in Leukocythen eingeschlossen vor. Daneben wurden noch einige Reihen Streptokokken gefunden. Der Coccus erwies sich gegen Kaninchen und Meerschweinchen sehr pathogen, und zwar nahm seine Virulenz bei jedem Experimente zu. Gasentwicklung trat nie ein. Beim Vergleichen mit Bakterienbefunden, welche andere Autoren bei Mastitis gemacht hatten, stellten Verff. fest, dass keines jener Bakterien mit dem von ihnen gefundenen identisch sei. Sie glauben daher einen neuen Mikroben entdeckt zu haben, der im Stande ist, gangränöse Entzündungen hervorzurufen. **Tschmarke** (Magdeburg).

19) **Kokoris.** Zur Kasuistik der Echinococcusgeschwülste.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 33.)

Der eine der an der Athener chirurgischen Universitätsklinik beobachteten und operirten Fälle ist folgender:

Geschwulst bei einer 26jährigen Frau in der rechten Supraclaviculargrube, die schnell an Wachsthum zunahm, bis zur Höhe der Cartilago thyreoidea und nach hinten bis dicht an den Cucullaris reichte. Durch Druck auf den Plexus brachialis Anfangs stechende Schmerzen mit Parästhesien an der rechten Hand, später Parese mit zunehmender Atrophie der vom Plexus brachialis versorgten Muskeln (am stärksten betroffen N. medianus und ulnaris). Daneben Myosis der gleichen Seite. Ausschälung der Cystenwand nach Incision. »Wenn auch keine Häkchen, noch Scolices in der wasserklaren Flüssigkeit gefunden wurden, ließ doch die charakteristische Struktur der Wand keinen Zweifel an der Diagnose.«

Die Echinokokken des Halses sind sehr selten (26 Fälle nach Güterbock's Statistik von 1893). **Hübener** (Dresden).



20) **E. Schwartz.** Hernie crurale droite étranglée. Anus crural consécutif à la kélotomie. Entéro-anastomose par implantation.

(Presse méd. 1899. No. 48.)

Dieser ausführlichen Überschrift ist nur noch hinzuzufügen, dass es sich um eine 67jährige Frau handelte, welche die operativen Eingriffe gut überstand und sich danach wieder völliger Gesundheit erfreute. Der ganze Darmtheil, welcher den Anus cruralis bildete, wurde ausgeschaltet, das abführende, sehr dünne Darmende wurde in den sehr dilatirten zuführenden Darmtheil seitlich implantirt, nachdem das Ende desselben vernäht und so in einen Blindsack verwandelt worden war.

Trotz des erheblichen Missverhältnisses in der Weite der Darmschlingen wurde die Passage für Koth und Gase sehr bald nach der 2. Operation eine vollkommene. Das ausgeschaltete Darmstück ließ Verf. bestehen; nach Kauterisation der Fistel wurde kaum noch etwas Sekret abgesondert. **Tschmarke** (Magdeburg).

21) **Le Fur.** Perforation traumatique de l'estomac. Gastrotomie; guérison.

(Presse méd. 1899. No. 38.)

Der Fall betrifft einen 18jährigen Mann, der einen Messerstich in den Unterleib erhalten hatte, und ist besonders dadurch interessant, dass nach viertägigem symptomlosen Verlaufe eine bedrohliche Blutung eintrat, welche die sofortige Laparotomie nöthig machte. Es fand sich ein kleiner Schnitt in der vorderen Magenwand, keine Verletzung eines größeren Gefäßes. In der Submucosa aber wurde ein Gefäßdurchschnitt entdeckt, der nur ganz oberflächlich durch einen Blutpfropf verstopft war, und aus dem es nach Abwischen des letzteren sofort lebhaft blutete. Das Gefäß wurde unterbunden, die Magenwunde, deren Ränder übrigens nicht im mindesten verklebt waren, genäht, dann der Bauch geschlossen. Die Blutung war wenige Stunden nach der 1. Mahlzeit, die dem Kranken gewährt war, erfolgt.

Verf. knüpft an diesen Fall eingehende Betrachtungen über Prognose und Therapie penetrirender Bauchwunden und ist Anhänger der sofortigen unbedingten Operation. **Tschmarke** (Magdeburg).

22) **J. H. Nicoll.** Congenital hypertrophic stenosis of pylorus.

(Brit. med. journ. 1900. September 1.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines mit einer angeborenen Pylorusstenose behafteten Kindes. Die Erscheinungen bestanden in Erbrechen, welches 15 bis 20 Minuten nach jeder Mahlzeit eintrat, Verstopfung und allmählich immer mehr zunehmender Abmagerung. 6 Wochen nach der Geburt kam das Kind zur Operation. Der Pylorus präsentirte sich als ein massiger Ring von fibrösem Gewebe. Der Magen wurde geöffnet, und mittels einer eingeführten Kornzange die Striktur gedehnt. Das Kind genas. Das Erbrechen hörte auf, das Körpergewicht nahm zu. 12½ Monate nach der Operation bestand noch völliges Wohlbefinden.

Im Anschlusse an diesen Fall giebt Verf. eine Übersicht über die bisher erschienene Litteratur des Leidens und die von den einzelnen Autoren gemachten Erfahrungen. **Weiss** (Düsseldorf).

23) **E. Hurdon.** I. Primary carcinoma of the appendix vermiformis. II. Carcinoma of the appendix secondary to carcinoma of the ovaries.

(John Hopkins Hospital Bull. 1900. Juli u. August.)

Carcinome des Wurmfortsatzes sind außerordentlich selten. H. konnte aus der Gesammtlitteratur nur 10 Fälle von primärem Krebs dieses Organs zusammenstellen. Davon sind jedoch nur 3 Fälle als sicher anzusehen, da die übrigen nicht mikroskopisch untersucht wurden. Die Krebse scheinen wesentlich in 2 Formen vorzukommen: als Colloidcarcinome und als Adenocarcinome. H. beobachtete folgenden Fall:

24jährige Frau litt seit längerer Zeit an Schmerzen in der rechten Seite. Laparotomie. Verwachsungen um den Wurmfortsatz. Das äußere Drittel abgeknickt und erweitert. Auf der Grenze ist die Lichtung fast völlig verlegt durch eine ovale Geschwulst. Dieselbe ist 1 cm lang und 5 mm dick, sie erweist sich als ein Carcinom.

Eben so selten wie die primären Carcinome scheinen die Metastasen im Wurmfortsatze zu sein. Meist entstehen sie durch direkte Fortwanderung vom Blinddarme aus. Der nächst häufigste Sitz des Primärcarcinoms sind die Eierstöcke, der Magen, der Darmkanal und die Gebärmutter.

57jährige Frau. Der linke Eierstock war in eine große carcinomatöse Geschwulst verwandelt. Kleine Metastasen fanden sich im anderen Eierstocke, den Ligamenten und auf dem Uterus. Im Wurmfortsatze fand sich auf der Grenze vom mittleren zum äußeren Drittel eine 1 cm lange, die Lichtung verlegende Metastase. **Strauch** (Braunschweig).

24) **W. S. Fenwick.** Hypertrophy and dilatation of the colon in infancy.

(Brit. med. journ. 1900. September 1.)

Es handelt sich um ein 17 Monate altes Kind, welches wegen hartnäckiger Verstopfung, so wie einer Schwellung des Leibes in Behandlung kam. In den ersten Wochen nach der Geburt war dasselbe völlig gesund, doch stellte sich bald Verstopfung ein, und die Entleerung der harten Stuhlmassen verursachte große Beschwerden. Bis zum Alter von 9 Monaten war das Aussehen des Leibes normal, dann aber fing derselbe an zu schwellen. Nach weiteren 2 Monaten war die Bewegung der Därme durch die Bauchwand hindurch sichtbar, und zeitweise konnte lautes Gurren gehört werden.

Bei der Aufnahme ins Hospital war das Kind in seinem Ernährungszustande außerordentlich herabgekommen und wies Zeichen von schwerer Rachitis auf. Der Leib war gewaltig gedehnt, ballonförmig. Namentlich in der Nabelgegend fiel eine besondere Hervorragung auf. Irgend eine Geschwulst war nicht zu entdecken, Perkussion ergab überall tympanitischen Schall, von Zeit zu Zeit waren lebhafte peristaltische Bewegungen sichtbar. Die Einführung des Fingers in den Mastdarm verursachte große Schwierigkeiten, da der Sphinkter sich krampfhaft kontrahirte. Der Mastdarm war geräumig und enthielt eine mäßige Menge flüssigen Stuhles, von welchem sich indessen nur ein geringer Theil beim Zurückziehen des Fingers entleerte.

Anfänglich besserte sich der Zustand nach Darreichung von Cascara. Dann aber trat eine noch erheblichere Schwellung des Leibes auf, die Temperatur stieg an; Druck in der Regio iliaca verursachte Schmerzen, und im Verlaufe von wenigen Tagen starb das Kind.

Bei der Sektion erschien der ganze Bauch von 3 Darmschlingen ausgefüllt. Die rechte Hälfte wurde eingenommen vom Colon transv., welches von der rechten Fossa iliaca schräg zum linken Hypochondrium hinüberzog. Die linke Hälfte enthielt 2 Darmsäcke, welche den neben einander gelegten Schenkeln der Flexura sigmoidea entsprachen. Beim Hervorziehen der letzteren entwichen aus einem kleinen Loche im Colon descendens geringe Mengen flüssigen Kothes. Die Öffnung war während des Lebens durch Verwachsungen geschlossen. Das Colon descendens war gegen die Flexura sigmoidea scharf geknickt. Die Länge des Colon von der Ileocoecalklappe bis zum After betrug $40^1/_2$ Zoll. Die Darmwand war stark verdickt, lederartig, die Schleimhaut stark geröthet, oberflächlich ulcerirt.

Was die Größenverhältnisse angeht, so hatte der Mastdarm $3^1/_2$ Zoll Länge, 5 Zoll Umfang an seiner Vereinigung mit der Flexur, $2^1/_2$ Zoll über dem After. Die Flexura sigmoidea wies 11 Zoll Länge und 8 Zoll Umfang auf, das Colon descendens war $6^1/_2$ Zoll lang und hatte $4^1/_2$ Zoll im Umfange, Colon transversum zeigte 12 Zoll Länge und $7^1/_2$ Zoll Umfang, Colon ascendens 5 Zoll Länge und $3^1/_2$ Zoll Umfang. Das Zwerchfell stand rechts an der 3. Rippe links im 3. Interkostalraume.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine außerordentliche Hypertrophie sowohl der longitudinalen wie der cirkulären Muskelfasern im Colon.

Bezüglich der Ätiologie bemerkt F., dass man die mächtige Hypertrophie der Darmmuskulatur als Endresultat der Anstrengungen des Darmes, den Inhalt über ein gegebenes Hindernis zu treiben, ansehen müsse. Als dieses Hindernis sieht er im vorliegenden Falle den Krampf des Sphincter ani an.

Von sonstigen Ursachen wären zu nennen Knickungen des Darmes, die aber auch erst sekundär durch die Ausdehnung der Darmschlingen zu Stande kommen können, so wie angeborene Darmstenosen, welche indessen außerordentlich selten sind.

Verf. hält es für geboten, bei jedem Falle von Obstipation, wo dieselbe bald nach der Geburt eintritt, den After auf Fissuren zu untersuchen und dieselben, wo sie sich finden, zu beseitigen. Die dauernde Anwendung großer Einläufe verschlimmert eher das Leiden. Besser ist die Applikation von Glycerinsuppositorien.

Sind schon die Zeichen der Hypertrophie ausgeprägt, so kann nur auf chirurgischem Wege Abhilfe geschaffen werden. In Betracht kommen die Anlegung des künstlichen Afters und die Resektion der hypertrophirten Darmpartien. Der Kunstafter soll in der rechten Seite angelegt werden, da Colon transversum und ascendens häufig erkrankt sind. Über den Werth der Resektion lässt sich zur Zeit nichts sagen. Dieselbe ist von Treves mit gutem Erfolge ausgeführt worden. **Weiss** (Düsseldorf).

25) **E. Payr.** Beiträge zur Frage der »totalen Darmausschaltung«.
(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 31.)

Verf. hatte Gelegenheit, an der Grazer chirurgischen Klinik folgenden Fall zu beobachten und zu operiren, der in mehrfacher Hinsicht durch Verlauf und Endausgang interessant erscheint:

Bei einem 16jährigen Bauernburschen hatte sich ein Iliacusabscess mit gleichzeitigem Psoasabscess entwickelt mit starker Flexion im Hüftgelenke (nahezu 90°). Da hohes Fieber bestand, wurde der Iliacusabscess durch einen Schnitt oberhalb des Poupart'schen Bandes, von dessen Mitte an bis über die Spina il. ant. sup. hinweg in der Richtung nach der Spina post. sup., eröffnet und dabei etwa 2 Liter Eiter entleert. Tamponade mit Mikulicz-Schleier. Nach 8 Tagen etablirt sich eine Kothfistel an der vorderen Abscesswand, ungefähr dem unteren Ende des Blinddarmes entsprechend. 2 Tage später wird nach außen von den Schenkelgefäßen auf den Psoasabscess eingeschnitten und unter dem Lig. Pouparti ein starkes Drainrohr nach der Tiefe geleitet und die ganze Partie der Abscesshöhle, in die die Darmfistel mündet, mit Jodoformgaze fest tamponirt. Um die beständige Infektionsgefahr, die von der Kothfistel für die große tuberkulöse Abscesshöhle gebildet war, zu beseitigen, wurde 3 Finger medianwärts von der Flexura hepatica eine breite Ileokolostomie angelegt und am zuführenden wie am abführenden Schenkel des ausgeschalteten Darmtheiles eine den Darm in Ringfalten legende cirkuläre, am Gekrösansatze beginnende und endende Darmnaht angelegt. In derselben Narkose wird das rechte Knie- und Hüftgelenk ohne besondere Mühe gestreckt. Lähmung aller vom N. tib. und peron. versorgten Muskeln, Anästhesie des ganzen Unterschenkels. Mäßige Sekretion von zähem, glasigem Schleim aus der Kothfistel durch 6 Tage. Am 7. Tage wieder Koth neben Schleim, von da ab in zunehmender Menge. Trotzdem erholt sich Pat. so, dass 3 Wochen nach der 1. Darmoperation die totale Darmausschaltung mit der bestehenden, in die Abscesshöhle mündenden Darmfistel als Sicherheitsventil vorgenommen wird. Sowohl Ileum, als das Colonende des ausgeschalteten Darmstückes (von 40—45 cm Länge, bestehend aus dem ganzen Colon ascendens, dem Coecum, Wurmfortsatz und 20—25 cm Ileum) werden in sich selbst durch doppelreihig fortlaufende Naht verschlossen. Dagegen wird das Colon transversum und centrale Ileumstück, benachbart der Enteroanastomose (1. Operation) nicht gesondert vereinigt, sondern es wird eine axiale Vereinigung zwischen beiden vorgenommen.

Seitdem entleert sich aus der Kothfistel keine Spur von Koth mehr, die Schleimabsonderung lässt immer mehr nach und wird durch Ätzungen der ausgeschalteten Darmschleimhaut mit Erfolg beschränkt. 4 Wochen später schließt sich die Darmfistel und nach 2 Monaten auch die beiden anderen Fisteln. Bei Entlassung des Pat. 5 Wochen später ist auch die Tibialislähmung nahezu vollkommen verschwunden, während im Peroneusgebiete eine solche noch besteht.

Nach $^1/_4$ Jahre stellt sich Pat. in blühendem Zustande vor, Peroneuslähmung noch nicht völlig behoben. Fisteln sind fest verschlossen, der Bauch ist ganz weich. Man kann nirgends eine wurstförmige Geschwulst oder auch nur eine Resistenz am Bauche des Pat. fühlen.

Im 2. Theile der Arbeit bespricht Verf. in historisch-kritischer Weise die Indikationen der partiellen und totalen Darmausschaltung und ihre Berechtigung. Eine totale Darmausschaltung verlangt unbedingt das Bestehen oder die Anlegung eines Sicherheitsventils. Die Anlegung von Faltennähten oder einer seromuskulären Tabaksbeutelnaht oder endlich von Ligaturen bei der Darmausschaltung zur Verschließung eines Darmabschnittes ist eine höchst unsichere Methode.

Hübener (Dresden).

26) **R. Porges.** Ein Fall von Gallensteinwanderung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Die selten weite Wanderung, die in dem mitgetheilten, in der Hochenegg-schen Abtheilung von P. operirten Falle eine größere Anzahl von Gallensteinen bei einer 47jährigen Dame zurückgelegt haben, steht wohl einzig in der Litteratur da.

Pat., die seit etwa 8 Jahren an Gallensteinen litt, hatte im Jahre 1898 den ersten, 8 Tage dauernden Anfall mit exacerbirendem Ikterus. Bald darauf, während einer neuerlichen Karlsbader Kur, schwoll der rechte Oberschenkel in der Trochantergegend an; die Geschwulst brach nach starken Schmerzen an der Hinterseite des Oberschenkels etwa in der Mitte spontan auf, wobei sich sehr viel Eiter entleerte. Seitdem ($1^1/_2$ Jahre) bestehen an dieser Stelle 2 mit einander kommunicirende Fisteln.

Am 1. Mai 1899 Operation. Der Fistelgang, oberhalb der Fascie gelegen, ließ sich bis in die Gegend zwischen Crista ilei und Trochanter spalten. Von hier aus gingen eine Reihe von Seitengängen aus, deren einer die Kommunikation mit der anderen Fistelöffnung herstellte, so dass die ganze Haut des Oberschenkels auch nach vorn bis gegen die Mitte des Oberschenkels von einem Netze von Hohlgängen unterwühlt war. In den untersten Partien dieses Lakunennetzes fanden sich schließlich eine große Menge von Gallensteinen, zum Theile in schönen Tetraëderformen. Völlige Heilung. **Hübener** (Dresden).

27) **Pendl.** Beitrag zur Kasuistik der Choledochotomie und Cholecystenteroanastomose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 22.)

Mittheilung der Krankengeschichten zweier Fälle von Choledochusverschluss, deren erster, Anfangs durch Steineinklemmung bedingt, nach anscheinend glücklich verlaufener Choledochotomie (mit Choledochusdrainage) zum narbigen Verschlusse des Ductus choledochus führte. Erst durch die sekundär (4 Monate nach der 1. Operation) angeschlossene Cholecystenteroanastomose wurde die 29 Jahre alte Kranke dauernd geheilt.

Im 2. Falle war die Ursache des Verschlusses ein Carcinom des Pankreaskopfes.

Bezüglich der Technik der Cholecystenteroanastomose sei hinzugefügt, dass im ersteren Falle die nach außen mündende Gallenblasenfistel (bei der 1. Operation war auch die Gallenblase drainirt) nach Anfrischung in einen queren Schlitz des Duodenum eingenäht wurde. Tamponade. Im 2. Falle wurde die Anastomose mit Murphyknopf am oberen Jejunum angelegt. Abgang des Knopfes am 14. Tage.

Hübener (Dresden).

Berichtigung

zu der von Herrn Drehmann, Breslau, in No. 42 (13) dieses Blattes gelieferten Besprechung des Buches: »Über die Heilung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung durch unblutige Einrenkung und funktionelle Belastung« von Adolf Lorenz.

Die nachstehende Berichtigung hat keineswegs den Zweck, mich mit dem Ref. wegen des mir imputirten »Trugschlusses« auseinanderzusetzen hinsichtlich der Frage, worin Außen- und Innenrollung bei rechtwinklig abducirten Oberschenkel bestehe; eben so überflüssig scheint es mir zu sein, darauf aufmerksam zu machen, dass die von mir beschriebene Variante der Einrenkungsmethode über den unteren Pfannenrand durch Abduktion bei maximaler Flexion des Schenkels durchaus nicht mit jener Paci's identisch ist, wie Drehmann will. Denn es ist doch wohl ein Unterschied zwischen der mäßigen Abduktion Paci's und der von mir empfohlenen maximalen Abduktion, welche eine Myorhexis adductorum zur Voraussetzung hat.

Wohl aber muss ich gegen den theils versteckt, theils offen ausgesprochenen Vorwurf Protest erheben, als hätte ich einem Mitarbeiter auf dem in Rede stehenden Gebiete Unrecht gethan. Es ist nämlich vollkommen unnothwendig, wenn Herr Drehmann sich gewissermaßen zum Anwalt Paci's macht, indem er mir zu Gemüthe führt, »dass eine kleine Anerkennung der Paci'schen Methode und die Erwähnung des Paci'schen pathologisch-anatomischen Präparates von gelungener Reposition doch ruhig hätte zugestanden werden können«.

Nothwendig wäre vielmehr gewesen, dass Herr Drehmann mein Buch nicht nur durchblätterte, sondern auch durchlas, ehe er sich zu dem obigen Vorwurf berechtigt glauben durfte. Es hätte dem Herrn Ref. dann unmöglich entgehen können, dass ich das interessante Präparat nicht nur einer Erwähnung werth gefunden, sondern dasselbe in drei (!) fortlaufenden Druckseiten (p. 376—379) einer eingehenden Analyse unterzogen habe, sowie dass ich der italienischen Methode jenes Terrain nicht streitig gemacht habe, auf welchem sie fast ausschließlich ihre Thätigkeit entfaltet hatte, nämlich das Gebiet der irreduktiblen Luxation.

Wer mit Drehmann finden sollte, dass ich einen stark polemischen Ton angeschlagen habe, lese vorerst auf p. 358 u. 359 die mir von gegnerischer Seite zugeschleuderten in der deutschen medicinischen Litteratur glücklicherweise ohne Analogie dastehenden persönlichen Beleidigungen und vergleiche damit meine vollkommen objektiv gehaltene Erwiderung.

Vielleicht wird manchem Leser der »polemische Ton« meiner Abwehr dieses unerhörten Angriffes nicht stark genug scheinen; jedenfalls aber wird man zugeben müssen, dass dieser polemische Ton sich von jenem meiner Gegner zum mindesten durch seinen akademischen Charakter unterscheidet. **Adolf Lorenz** *(Wien).*

Erwiderung.

Auf obige Berichtigung will ich nur entgegnen, dass ich mit meinem Referate den Boden der berechtigten objektiven Kritik nicht verlassen habe. Wenn ich davon spreche, dass Lorenz bei der Abwehr der Versuche, seine Methode mit der Paci'schen zu vergleichen, einen »polemischen Ton« annimmt, so wird man mir wohl zugeben, dass ich hinreichend Grund dazu hatte, allein durch die folgende Bemerkung, welche Lorenz (p. 387) bei der Besprechung meines Vorschlages (Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 13) thut: »Von einer Ähnlichkeit der beiden Methoden zu sprechen, konnte überhaupt nur so lange möglich bleiben, als man in das Verständnis meiner Methode weder eingedrungen war, noch dieselbe praktisch geübt hatte«. Trotzdem hatte ich in obiger Arbeit über 32 Fälle von gelungener Reposition aus der v. Mikulicz-schen Klinik berichtet.

Die Erwähnung des Präparates ist mir, trotzdem ich das Lorenz'sche Buch nicht nur »durchgeblättert« hatte, bei der Abfassung des Referates entfallen, wesshalb ch die darauf gehende Bemerkung nicht aufrecht erhalte.

Drehmann *(Breslau).*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 24. November.** **1900.**

I. Über Prophylaxe in der Asepsis.

Von

Dr. **A. Hammesfahr** in Bonn.

Nach den Untersuchungen und Versuchen, die in den letzten Jahren zur Prüfung der gebräuchlichen Methoden der Händedesinfektion angestellt wurden, müssen wir annehmen, dass die mit virulenten Mikroorganismen beschickte Hand durch die üblichen Desinfektionsmethoden nicht sicher so zu desinficiren ist, dass sie nicht mehr inficiren kann. Das gilt sowohl für die absichtlich — zum Zwecke des Versuches — beschickte Hand wie für die durch septische Operationen oder durch andere Berührung mit septischem Materiale inficirte Hand des Chirurgen. Dieselben Untersuchungen

— cf. Sarwey's Vortrag über Händedesinfektion auf dem 29. Chirurgenkongresse — wie unsere klinischen Erfahrungen lehren uns aber auch, dass normale, weder absichtlich noch zufällig schwer inficirte »Tageshände« zwar auch nicht keimfrei, aber doch so keimarm zu machen sind, dass sie dem lebenden Gewebe, das ja bis zu einem gewissen Grad baktericid wirkt, nicht mehr gefährlich werden können. Wir können also, kurz gesagt, eine durch Berührung mit septischem Materiale inficirte Hand nicht hinreichend, eine normale, auf die genannte Weise nicht inficirte »Tageshand« jedoch genügend desinficiren.

Daraus ergiebt sich für die Praxis die bestimmte Forderung, dass der Chirurg eine Inficirung seiner Hände vermeiden muss. Und das sowohl für den Operateur wie für die Assistenten und das mitassistirende Personal durchzuführen, stößt nach meinen Erfahrungen auf keine Schwierigkeiten. Dazu gehört nur der ausgiebige Gebrauch der Pincette, der Gummifingerlinge und der Gummihandschuhe. Die mit Eiter durchtränkten Verbände werden mit Verbandschere und Pincette abgenommen und in das Becken, das bald darauf in die Heizung entleert wird, geworfen; Theile dieser Verbände und Tampons, die zuweilen beim Verbandwechsel auf den Boden fallen und nach denen vom übereifrigen Personale so gern mit den Händen gegriffen wird, werden mit anatomischen Pincetten, die für diesen Zweck bereit liegen, aufgenommen; Untersuchungen der Mundhöhle und eiternder Wunden, vaginale und rectale Explorationen dürfen nur mit dem durch Fingerling geschützten Finger vorgenommen werden; bei allen septischen Operationen, bei allen Ausspülungen inficirter Wund- oder Körperhöhlen müssen der Operateur und die Assistenz Gummihandschuhe tragen. Sogar bei Zahnextraktionen, die wegen einer Parulis vorzunehmen sind, trage ich Handschuhe.

In dasselbe Gebiet der Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung einer Inficirung der Hand gehört die Vorschrift, nach septischen Operationen nicht mit den inficirten Handschuhen Sachen anzufassen, die man nachher ohne Handschuhe anfassen muss, wie Wasserkräne, Thürgriffe etc. Sicher einhalten lässt sich diese Vorschrift durch Verwendung von durchschlagenden Thüren, durch Wasserkräne mit Hebelvorrichtungen, durch die die Kräne mit dem Ellbogen zu öffnen sind, etc. — Dem Einwurfe, das Personal sei nach dieser Richtung hin schwer zu schulen, muss ich entgegentreten. Ich habe gefunden, dass sich bei ihm nach den nöthigen Belehrungen und Ermahnungen eine förmliche Abscheu vor der direkten Berührung mit septischen Sachen entwickelte, und dass auch das weniger intelligente Wärterpersonal bald in Folge dieses Gefühls keine diesbezüglichen Verstöße mehr machte.

Zum Schutze des untersuchenden Fingers kann ich die von Evens & Pistor in Kassel in den Handel gebrachten billigen Fingerlinge aus Kondomgummi sehr empfehlen. Sie vermindern die Fein-

heit des Tastgefühls nur unwesentlich, und nach einiger Übung fühlt man mit dem armirten Finger eben so gut wie mit dem nicht geschützten Finger. Gummihandschuhe dürfen, um brauchbar zu sein, das Tastgefühl nicht wesentlich beeinträchtigen, sie müssen haltbar und sicher sterilisirbar sein. Diesen Anforderungen entsprechen vollauf die von Blumberg auf dem diesjährigen Kongresse im Langenbeckhause empfohlenen, von Zieger & Wiegand in Leipzig-Plagwitz angefertigten auskochbaren Gummihandschuhe. Etwas Besseres dürfte kaum zu finden sein. (Über ihren Gebrauch s. Vortrag von Blumberg und die Gebrauchsanweisung.)

Werden auf diese Weise die Hände des Operateurs und seiner Assistenz vor einer Inficirung geschützt, so ist es wohl möglich, vor aseptischen Operationen die Hände so zu desinficiren, dass von ihrer Seite eine Infektionsgefahr so gut wie ausgeschlossen ist. Sie bedürfen hier irgendwelcher Überzüge oder der Handschuhe, die bei den aseptischen, den — im Gegensatze zu den septischen — meist schwierigeren und feineren Operationen doch recht hinderlich werden können, nicht mehr. Auch braucht man dann gar nicht so ängstlich eine Berührung der Hände mit den Wunden zu vermeiden, wie es Steinthal und neuerdings wieder König verlangen. Gewiss ist jede überflüssige Berührung vom Übel, aber jeder Chirurg weiß, dass der Finger in sehr vielen Fällen durch ein Instrument nicht zu ersetzen ist. Ich erinnere mit König nur an die ganze Bauchchirurgie.

Mit diesem Bestreben, die Hände vor einer Berührung mit septischem Materiale zu schützen, soll ferner eine sorgfältige Pflege der Hände verbunden sein. Es ist klar, dass eine gepflegte Hand mit glatter Oberhaut und stets gesäuberten Nägeln leichter zu sterilisiren ist als eine ungepflegte rauhe Hand; »eine Frauenhand ist leichter desinficirbar als eine Männerhand« (Gottstein).

Zu den Forderungen der Asepsis in diesem Sinne gehört es ferner, Vorkehrungen zu treffen, dass auch vom Munde, vom Barte oder von der Kopfhaut des Operateurs oder seiner Assistenz Keime nicht übertragen werden können. Dies aber durch Bartbinden, Kopftücher, Masken etc. zu erreichen, ist viel zu umständlich und jedenfalls sehr viel weniger einfach, als durch eine geeignete Pflege der betreffenden Körpertheile dafür zu sorgen, dass eine Übertragung von dieser Seite unmöglich wird. Es sollte selbstverständlich sein, dass der, der an cariösen Zähnen mit dadurch bedingtem Foetor ex ore leidet und sich bei aseptischen Operationen betheiligen muss, nach Möglichkeit für eine Beseitigung seines Leidens sorgt; ein Operateur mit einer floriden Seborrhoe der Kopfhaut sollte eben so getadelt werden, wie einer, der in die offene Bauchhöhle hinein hustet oder lacht; »lange Bärte sind durchaus unchirurgisch« (Beck).

Ich glaube, dass die hier kurz skizzirten Grundsätze einer Prophylaxe in der Asepsis den Vorzug der Einfachheit und leichten Durchführbarkeit haben, und zweifle nicht daran, dass die Chirurgen und Gynäkologen, die nach denselben Grundsätzen arbeiten oder

arbeiten werden, dieselben vorzüglichen Ergebnisse der aseptischen Wundheilung erzielen, wie ich sie in den letzten Jahren an dem reichen Materiale des Friedrich-Wilhelmstiftes in Bonn beobachten konnte. Auch dem in der allgemeinen Praxis stehenden Arzte möchte ich empfehlen, sich mit einer Asepsis in diesem Sinne zu befreunden. Sie streng einzuhalten, scheint mir auch für den praktischen Arzt, der gezwungen sein kann, Morgens Phlegmonen oder ein Erysipel zu behandeln und Nachmittags einen Uterus auszuräumen, von nicht geringer Wichtigkeit.

II. Die Pyelocystostomose zur Behandlung der Hydronephrose.

Von

Prof. **O. Witzel** in Bonn.

Die Diskussion eines Vortrages über Ureterenchirurgie, den Schede dieser Tage in der Niederrheinischen Gesellschaft für Heilkunde hielt, gab mir Gelegenheit, auf ein Verfahren zurückzukommen, das ich vor einigen Jahren an gleichem Orte für die Behandlung der Hydronephrose in Vorschlag brachte. Des Zufalles Ungunst hat mir die Ausführung am Operationstische bis heute versagt.

Unser Wissen und Können auf dem kleinen Gebiete der Ureterenchirurgie ist in jüngster Zeit wesentlich vervollkommnet worden. Indess ist nicht zu verkennen, dass Schwierigkeit der Technicismen und Unsicherheit der Erfolge die neueren Verfahren auf die Hände besonders Geübter beschränken. So mag ein Vorgehen Beachtung finden, das jeder Chirurg ausführen kann, welcher überhaupt an den Unterleibsorganen zu operiren gewöhnt ist, die Pyelocystostomose.

In dem Vortrage über extraperitoneale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung — der gynäkologische Theil ist mitgetheilt im Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 11 — empfahl ich, die große Verschieblichkeit der Blase operativ zu verwerthen, um das Organ in einem neugeschaffenen seitlichen Bette extraperitoneal dem einzupflanzenden Ureter entgegen zu führen. Meine Untersuchungen haben ergeben, dass die Blase an der Leiche durch starke Füllung und stetig zunehmenden Zug ohne Schwierigkeit extraperitoneal bis zur Höhe des Darmbeinkammes zu bringen ist; am Lebenden ist dies noch höher hinauf möglich bis zur Nachbarschaft der Niere. Es liegt auf der Hand, dass bei hydronephrotischer Ausdehnung des Nierenbeckens die Anlegung einer Anastomose zwischen dem pathologischen Sacke und der entgegen gezogenen Harnblase keiner Schwierigkeit unterliegen kann. Das Verfahren bei Ausführung der Pyelocystostomose wird folgendes sein. — In tiefer Narkose und Beckenhochlagerung wird ein 60—80 cm langer Nélatonkatheter in die Blase gelegt und diese extrem gefüllt, nachdem der große seitliche Schnitt, der sonst zur

Ligatur der Iliaca communis dient, ausgeführt wurde. Durch eine Reihe von Katgutnähten wird die Harnblase oben auf der Beckenschaufelaushöhlung fixirt; sie liegt nach Ablassen ihres Inhaltes als langer Schlauch da. Der hydronephrotische Sack wird mit Klemmpincetten oder mit nicht durchgreifenden Nähten an tiefster Stelle gefasst, hier punktirt und dann mit Hilfe der Pincetten bezw. Nähte nach unten hin dütenförmig ausgezogen. Die Einpflanzung der Dütenspitze in die Harnblase geschieht unter Bildung einer Öffnung von ca. 1 cm Durchmesser mit exakter Schleimhautumsäumung, und zwar so, dass der Nélatonkatheter vor Vernähung der vorderen Umwandung von der Blase her in den Nierenbeckensack gelegt und in seiner Lage an der Neostomose durch eine Katgutnaht gesichert wird; sein äußeres Ende wird mit einem längeren Schlauche verbunden, der in einen Behälter mit antiseptischer Flüssigkeit führt.

Bonn, 20. Juli 1900.

---

1) **G. Meyer** (Gotha). Über schwere Eiterkokkeninfektion (sog. »Blutvergiftung«).

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 282. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1900.)

M. unterscheidet Blutmykosen und Gewebsmykosen und letztere in primäre und metastatische. An der Hand mehrerer Krankengeschichten von schwerer Eiterkokkeninfektion zeigt er, worin die Gefahren der letzteren für den Körper gelegen sind, und fasst seine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Durch plötzliche Einführung sehr virulenten Impfmaterials bei intakter Lymphströmung kann die Toxinentwicklung gleich nach der Impfung, bevor die Entzündung wirksam werden kann, lebensgefährlich werden.

2) In geschwächten Körpern (von Greisen, Diabetikern, Alkoholikern etc.) können Mykosen ohne wirksame Entzündung verlaufen und durch Toxämie den Tod herbeiführen.

3) Jede Mykose kann durch Bakteriämie Metastasen in lebenswichtigen Organen (z. B. im Gehirn) machen.

4) Nach Ausbildung einer mykotischen Eiterung kann die Mykose durch Übergreifen auf eine Venenwand den Blutraum erreichen. Dann kann entweder tödliche Toxin-, Bakterien- und Eiterüberschwemmung des Blutes erfolgen, oder der Zustand der Thrombomykose sich ausbilden. Letztere kann durch Toxin-, Bakterien- und Eiterüberschwemmung des Blutes oder durch Metastasen in lebenswichtigen Organen den Tod herbeiführen. — Außerdem kann jede, auch die kleinste Mykose durch Bakteriämie gelegentlich einen präformirten, wachsenden Thrombus inficiren und somit alle Gefahren der Thrombomykose im Gefolge haben. **Kramer** (Glogau).

---

2) E. Juvara. Technik der Thiersch'schen Transplantation.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 29.)

Der Artikel enthält nichts Neues außer dem, dass J. mit Erfolg versucht hat, die Lappen unter Cocainanästhesie zu schneiden, indem er 5—6 cm oberhalb der betr. Stelle eine Anzahl subkutaner Injektionen und dadurch die Hautnervenstämmchen anästhetisch machte.

Einspruch muss erhoben werden gegen die Schreibweise Thier'sche Transplantation.

Grisson (Hamburg).

---

3) F. Lange. Über periostale Sehnenverpflanzungen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. begründet seine Methode der periostalen Sehnenverpflanzung unter Berichterstattung über die Pat., die er bei Gelegenheit der Naturforscher- und Ärzte-Versammlung in München vorgestellt hat (cf. Centralbl. für Chirurgie 1899 No. 48), so wie unter Hinweis auf die neuerdings von ihm gemachten Erfahrungen über Sehnenverpflanzungen am Kniegelenke (cf. Centralbl. für Chirurgie 1900 No. 28).

J. Riedinger (Würzburg).

---

4) Wiemann. Mittheilung einiger Fälle von Meningealblutungen, nebst Bemerkungen über die Technik der Eröffnung des Schädels bei denselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 336.)

W. veröffentlicht aus Wagner's Knappschafts-Lazarett in Königshütte 6 Fälle von Meningealblutungen in gut geführten Krankengeschichten, die eben so wie die an sie gefügte klinische Durchsprechung interessant und lehrreich zu lesen sind. 3 Fälle sind operirt (2 geheilt, 1 gestorben); 3 nicht operirt (1 geheilt, 2 gestorben). Die 3 Operationen, die zur Entleerung der richtig diagnosticirten extraduralen Hämatome ausgeführt wurden, bestanden in Schädeleröffnung durch Bildung des Wagner'schen Lappens und geschahen ausnahmslos mittels Meißel und Hammer. W. sieht dieses bekanntlich von Anfang an von Wagner angegebene und beibehaltene Operationsverfahren als das zweckmäßigste an und räumt (in vielleicht nicht ganz unparteiischer Weise) den konkurrirenden Methoden mittels Kreis- bezw. Drahtsägen keine Vorzüge ein. Verhämmerungserscheinungen wurden nie beobachtet. Die zur Bildung der Lappen, die durchschnittlich 6—8 cm hoch, 5—7 cm breit und an der Basis 4—5 cm breit waren, erforderliche Zeit betrug bei einem von Wagner selbst operirten Falle ca. 10, sonst 15—20 Minuten. Am zeitraubendsten ist noch die Durchmeißelung der Corticalis, und zwar, wie W. ausführt, wesentlich desshalb, weil beim Gebrauche gerader Meißel diese Instrumente sehr häufig bald oben, bald unten eingeschlagen werden müssen, um die Knochenrinne zu bilden. W. schlägt dess-

halb den Gebrauch von Hohlmeißeln, welche eine winklig-zweischneidige Klinge haben (/\) vor. Mehrere solcher nach seinen Angaben hergestellter Instrumente sind abgebildet und scheinen in der That sehr zweckmäßig und empfehlenswerth. Der Stiel dieser Meißel ist, um ihre Klinge thunlichst tangential schneiden lassen zu können, nach oben abgebogen (___/‾‾‾). Fabrikant Hermann Härtel-Breslau. Bei Leichenoperationen haben sie sich gut bewährt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **Noebel** und **Löhnberg.** Ätiologie und operative Radikalheilung der gemeinen Ozaena.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 11—13.)

Die Autoren fassen nach ihren Erfahrungen ihre Ansichten über diesen Gegenstand in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die weitaus meisten als Ozaena imponirenden Naseneiterungen beruhen auf Erkrankungen der Keilbein- und der Siebbeinhöhlen.

2) Gestank, Atrophie und Borkenbildung zeigende Naseneiterungen können auf ganz verschiedenen Ursachen beruhen, die meisten beruhen auf Herdeiterungen im Keilbein- und Siebbeingebiete.

3) Eine rationelle Behandlung der Ozaena im einzelnen Falle kann erst erwartet werden, wenn ihre primären Ursachen aufgedeckt sind.

4) Da diese Ursachen meist Keilbein- oder Siebbeinempyeme sind, wird die Therapie der Ozaena eine chirurgische oder eine erfolglose sein.

Gold (Bielitz).

---

6) **A. Baurowicz.** Das Sklerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. IV. p. 363.)

Im ersten Theile der Arbeit wird die Geschichte der Krankheit, die pathologische Anatomie, makroskopisch und mikroskopisch, und die Bakteriologie beschrieben, so wie auch über den Sitz der Erkrankung an den verschiedenen Abschnitten der Luftwege Auskunft ertheilt. Im zweiten Kapitel werden eingehend die klinischen Erscheinungen des Skleroms geschildert. Hierbei bringt Verf. zuerst die objektiven Symptome, d. h. ganz genau die Veränderungen, die an Nase, Rachen und Kehlkopf eintreten; dann kommen die subjektiven Symptome an die Reihe, hierauf der Verlauf und die Differentialdiagnose. Der folgende Theil ist der Behandlung gewidmet. Den Schluss bildet die Statistik über die 100 beobachteten Fälle, zuerst die kurzen Krankengeschichten, dann eine Zusammenfassung aus denselben mit einer Karte von Galizien.

Manasse (Straßburg i./E.).



7) v. Hacker. Ein neues Verfahren der partiellen Rhinoplastik. (Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck.)

(Wiener klin. Wochenschrift.)

Es handelte sich in dem Falle um eine Verbrennung des Gesichtes, nach welcher ein Defekt der Nase und Ektropion der beiden Nasenflügel entstanden waren. Die hoch hinaufgezogenen Nasenflügel wurden beiderseits so abgetrennt, dass nur eine Brücke an der Wange blieb, und an das angefrischte Septum herabgenäht. Beiderseits entstand dadurch oberhalb der Nasenflügel ein dreieckiger, in die Nasenhöhle penetrirender Defekt. Die Deckung desselben geschah durch einen in der Richtung der Nasolabialfalte ausgeschnittenen Wangenlappen, der mit der Hautseite nach innen gelegt wurde und dessen Wundseite von selbst vernarbte.

Von dem von v. H. früher in Bruns' Beiträgen angegebenen Verfahren der Nasenflügelbildung unterscheidet sich die hier geübte Bildung einer Brücke, welche später durchtrennt wird, während bei jenem der Lappen dicht am Defektrande umgeschlagen wird und seine Brücke gerade zum Ersatz der natürlichen Übergangsstelle der Wange in den Nasenflügel Verwendung findet.

Hübener (Dresden).

---

8) E. Albert. Der Mechanismus der skoliotischen Wirbelsäule.

Wien, **A. Hölder,** 1900. 51 S. mit 34 Abbildungen.

A.'s letzte Arbeit über die Skoliose ist eine Rechtfertigung der seit Jahrzehnten in der Litteratur bekämpften H. Meyer'schen Rotationstheorie. Für diese, von H. Meyer aus Gründen der Mechanik der Wirbelsäule näher entwickelte Theorie bringt A. den detaillirten Nachweis am pathologisch-anatomischen Präparate. Er erkennt in der Gesammtwindung der skoliotischen Wirbelsäule und in den Bogengelenken, dass ganz bedeutende Drehbewegungen der Wirbel um ihre vertikale Achse dem Krankheitsbilde zu Grunde liegen. In morphologischer Hinsicht stellt sich die Gesammtwindung dar als eine Summe von Torsionen, welche je nach der Projektion, in welcher der einzelne Wirbel betrachtet wird, bezeichnet werden als horizontale, frontale und sagittale Torsion. Unter der horizontalen Torsion versteht A. die von Lorenz beschriebene Ablenkung der Bogenwurzeln, unter der frontalen die von Seeger und A. selbst beschriebene Torsion der Bögen und unter der sagittalen Torsion die Reklination nebst anderen, nebensächlicheren Veränderungen. Die auf der horizontalen Projektion sichtbare Deformation des Wirbels entsteht durch den Zug, den die Drehung des Wirbels auf die konkavseitige Wirbelkörperhälfte ausübt. Der Wirbel wird nämlich dadurch, dass er der Drehung nicht überall gleichmäßig folgt, in die Quere gedehnt. Kommt noch die veränderte Belastungsrichtung hinzu,

so entsteht die von A. schon früher so bezeichnete Obliquität des Wirbels.

Es ist selbstverständlich, dass sich A., um den Nachweis der Rotation zu erbringen, mit den Autoren beschäftigen musste, welche nach H. Meyer im Widerspruche mit diesem das System der Skoliose ohne die Annahme der Rotation erklären zu können glaubten. Er verkennt zwar nicht die Fortschritte, welche die beschreibende Methode gezeitigt hat, sah sich aber zumeist in die Lage versetzt, den Befunden eine andere Deutung zu geben, als sie ihnen neuere Autoren zu geben pflegten, um den Mechanismus der Skoliose zu erklären. Nach langjähriger Beschäftigung mit dem Thema der Skoliose hat A. den klassischen Boden, auf dem ihm H. Meyer vorausgegangen war, wieder betreten, und er hat definitiv die Zweifel beseitigt, die sich der Annahme einer Rotation der Wirbelsäule entgegenstellten. Das wird seiner Schrift dauernden Werth verleihen. Es kann jedoch der Mechanismus der Skoliose noch nicht als aufgeklärt bezeichnet werden, so lange nicht auch die Ursache der Rotation und die Beziehung derselben zur Torsion ausfindig gemacht worden ist. Darüber giebt die Meyer-Albert'sche Theorie keinen Aufschluss, da sie thatsächlich den Mechanismus der Skoliose nicht weiter verfolgt als bis zur Rotation. Sie gehört desshalb noch in die Reihe der mechanischen Theorien, welche mit dem Nachweise einer Bewegung abschließen oder die Skoliose auf ein Übermaß von Gelenkbewegung zurückführen.

Die Theorie der Skoliose wird erst dann als eine vollständige zu betrachten sein, wenn es gelingt, die Skoliose aus Gründen der Statik zu erklären. Auf die mechanische Theorie muss also die statische folgen. Die Statik lehrt uns aber, dass die Rotation an der skoliotischen Wirbelsäule dadurch erzeugt wird, dass die Wirbelsäule nach der Seite hin auf Zerknickung beansprucht wird. Die Abknickung ist die erste, die Rotation erst die zweite in der Reihe der Erscheinungen, welche die Skoliose kennzeichnen. Dabei findet der Widerstand, der sich der Bewegung entgegensetzt, seinen Ausdruck in der Torsion. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **Gersuny.** Über eine erprobte Trachealkanüle.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 26.)

G. empfiehlt von Neuem eine bereits im Jahre 1881 an schwer zugänglicher Stelle beschriebene Trachealkanüle, die ihm und seinem Nachfolger am Wiener Karolinen-Kinderhospitale vorzügliche Dienste geleistet hat, ohne die Nachtheile der üblichen Doppelkanüle zu besitzen.

Diese Nachtheile sind nach G. folgende: Die Kanüle braucht wegen der Art ihrer Krümmung so viel Raum in der Trachea, dass man ihr Kaliber verhältnismäßig eng wählen muss; dabei verursacht der untere Rand in Folge des festen Anliegens durch Druck oder Reibung oft Decubitus am vorderen Trachealrande mit seinen Folgen,

besonders Blutungen, Granulationsgeschwülsten, Narbenstenosen. Oft ist die Lage des Fensters nicht korrekt, da die Länge des in die Trachea zu liegen kommenden Theiles in Folge der wechselnden Dicke der Weichtheile nicht zu bestimmen ist, und daher liegt häufig der vordere Theil des Fensters im Wundkanale anstatt in der Luftröhre, wodurch die Bildung von Granulationspolypen am oberen Ende der Trachealwunde begünstigt wird und das Décanulement erschwert werden kann. G. führt ferner eine von Bodea betonte Folge der üblichen Kanülen an, die der »Ventilstenose«, die dadurch entsteht, dass oberhalb der Trachealwunde die vordere Trachealwand durch die unter einem spitzen Winkel zu ihr herantretende Kanüle so eingedrückt wird, dass sie nach Entfernung der Kanüle wie ein nach unten zu gerichtetes Ventil die Inspiration gestattet, die Exspiration durch den Kehlkopf verhindert.

G. hat vom Instrumentenmacher Thürriegl in Wien eine Kanüle konstruiren lassen, die sich trichterförmig von unten nach außen erweitert. Der innerhalb der Trachea gelegene Theil bildet ein gerades Rohr, das in einem kleinen Bogen durch die Wunde nach außen geht. In ihrem obersten, der Trachealwunde angrenzenden Theil, füllt die Kanüle die ganze Luftröhrenlichtung aus. Die Kanüle ist ebenfalls als Doppelkanüle konstruirt und gefenstert. Ihr Schild ist nicht wie üblich mit einem Loche versehen, sondern hat einen nach unten offenen Ausschnitt, um eventuellen Decubitus zu vermeiden.

Ihre Vorzüge sind folgende: Das weite Kaliber gestattet freie Respiration, das tracheale Ende liegt nirgends der Wand der Luftröhre an, verursacht also auch keinen Decubitus. Das Fenster liegt genau an der richtigen Stelle in der Achse der Trachea, so dass niemals Granulationen hineinwachsen.

Als Nachtheil könnte event. die größere Länge des Schnittes, die zur Einführung nöthig ist, angesehen werden, doch hat G. davon nie eine üble Folge gesehen.

Hinsichtlich des Kanülendecubitus führt G. das Zeugnis von Kolisko an, der im Gegensatze zu den an einem anderen Hospitale gemachten Beobachtungen bei den im Karolinen-Kinderhospitale nach der Tracheotomie gestorbenen Kindern niemals einen Kanülendecubitus gesehen hat.

2 Abbildungen veranschaulichen Konstruktion und Lage der Kanüle. **Hübener** (Dresden).

---

10) **F. Kuhn.** Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealkanüle.

(Wiener klin. Rundschau 1900. No. 28.)

Im Verfolg seiner früheren diesbezüglichen Arbeiten (cf. dieses Centralbl. 1900 No. 39) empfiehlt Verf. den biegsamen Metallschlauch als Instrument für die Tubage. Das Instrument besteht aus einem Metallschlauchrohre, welches eine Platte trägt, die das Hineingleiten

in den Mund verhütet, und einem Führungsstabe. Die Einführung geschieht unter Leitung des Fingers. Es gelingt mit dem Instrumente, Luft in die Luftröhre zu leiten, wenn der Mund mit Blut, Schleim, Eiter oder Tamponadematerial gefüllt ist, und es ist nach Verf.s Meinung möglich, mit der Methode die präliminare Tracheotomie bei manchen Operationen zu umgehen, zumal da man mit Leichtigkeit Chloroform durch den Schlauch zuführen kann. Auch ein Ballon kann um das Instrument gelegt werden zur Tamponade der Luftwege nach Analogie der Trendelenburg'schen Tamponkanüle.

Dass eine biegsame Trachealkanüle große Vorzüge haben wird (Leichtigkeit der Einführung, Verhütung des Decubitus in der Trachea), leuchtet ein. **Grisson** (Hamburg).

---

11) **Tietze.** Über das Cystadenoma mammae (Schimmelbusch) und seine Beziehungen zum Carcinom der Brustdrüse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 512.)

T. verfügt über eine Reihe eigener klinischer Beobachtungen von Cystadenomen und intrakanalikulären Cystadenomen, deren Operationspräparate er selbst genau mikroskopisch studirt hat und deren histologische Befunde er hier unter Beigabe guter Zeichnungen beschreibt und bespricht. Indem Betreffs Details auf das Original verwiesen wird, sei bemerkt, dass T. im Wesentlichen die Angaben früherer Autoren (Schimmelbusch, König, Sasse, Mintz, Maly, Roloff) bestätigt, dass ihm aber bei diesen Erkrankungen die Epithelwucherung und nicht die chronische interstitielle Bindegewebsentzündung die Hauptrolle zu spielen scheint. Die Form der Epithelwucherungen erinnerte ihn an die Art, in welcher sich auf Magendefekten transplantirtes Netz epithelisirt. Für das Schimmelbusch'sche Cystadenom ist typisch: »Epithelwucherung bis zum völligen Ausguss der Alveolen, Epithelpapillen mit und ohne Bindegewebe, drüsentragende Zotten, Übergang zum Carcinom« —, für das Cystadenoma intracanaliculare: »Drüsenbildende (adenomartige) multiple Geschwülste von einer Cystenwand entspringend. Der Stiel kann von den Drüsenwucherungen durchbrochen werden, Übergang zum Adenoma bezw. Adenocarcinoma destruens. Diese Übergangsformen und das destruirende Adenom ist noch weiter ausgezeichnet durch ein eigenthümliches Rankenwerk epitheltragender Zotten. Letztere sind in Parallele zu setzen mit den Zotten des Cystadenoms (Schimmelbusch)«.

T. findet im Baue dieser Geschwülste eine bemerkenswerthe Ähnlichkeit mit solchen des Eierstocks und plädirt daher dafür, sie, die Nomenklatur der letzteren annehmend, als Cystome der Mamma zu bezeichnen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) E. Albert: Die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen und die kompensatorischen Fußformen.

Wien, A. Hölder, 1900. 86 S. mit 39 Abbildungen.

A. ist von den bisherigen Theorien über Genu valgum und Genu varum nicht ganz befriedigt. Er vermisst den näheren wissenschaftlichen Kontakt zwischen der orthopädischen Chirurgie und der Technik und stellt sich desshalb die Aufgabe, die Richtung anzudeuten, in welcher die Vorarbeiten für eine künftige Theorie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen zu unternehmen sind. Nach A. ist es zunächst Sache des Chirurgen, durch Klarstellung der anatomischen Veränderungen und klinischen Erscheinungen die Voraussetzung zu schaffen für eine gemeinsame Arbeit.

Anknüpfend an die bekannten Untersuchungen von Mikulicz über das Genu valgum, denen gegenüber A. den Standpunkt vertritt, dass bei den seitlichen Kniegelenksverkrümmungen auch primäre Veränderungen des Gelenkes nachzuweisen sind, beginnt Verf. mit werthvollen statistischen Erhebungen über die relative Häufigkeit der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen bei beiden Geschlechtern. Aus denselben sei nur hervorgehoben, dass von den mehr als 2000 Individuen, die untersucht worden sind, etwa die Hälfte abnorme Beine besaßen. Zu den Abnormen gerechnet sind hierbei die mit leichteren Deformitäten behafteten sog. Subvalgi und Subvari.

Zahlreiche Variationen fand A. auch an pathologisch-anatomischen Präparaten hinsichtlich des Parallelismus der Kniebasislinie mit der Linea intercondyloidea, hinsichtlich der Verkrümmung der Femurdiaphyse und der isolirten Veränderungen an der Tibia. So viel kann A. mit Bestimmtheit sagen, dass an dem lateralen Abschnitte des Kniegelenkes die knöchernen Konstituentien, sowohl der Condylus lat. fem. als auch der laterale Theil der Tibia, im Höhendurchmesser abgenommen haben. Er fand vermehrten Druck an der lateralen und vermehrten Zug an der medialen Seite. Außer diesen Inflexionserscheinungen beschreibt A. ausführlich die Torsionserscheinungen an den Diaphysen. Beim Genu valgum hat das Kniegelenk eine Supinationsbewegung ausgeführt. Die Knöchelachse ist zur queren Knieachse ebenfalls im Sinne einer Supination verschoben. Die distale Supination des Femur und der Tibia nennt A. Extratorsion. Die distale Pronation, die z. B. am normalen Femur zu finden ist, wird als Intratorsion bezeichnet. Zu erwähnen ist außerdem, dass die Tibia beim Genu valgum oben eine medianwärts gerichtete, unten eine lateralwärts gerichtete Konvexität besitzt. Die Untersuchungen A.'s erstrecken sich auch auf die Querschnittsveränderungen der Tibia, auf die Bänder des Kniegelenkes und auf die Muskulatur des Beines. Ferner stellt er an einem aus dem Becken und den beiden Beinen bestehenden Präparate einige Versuche an über die Zwangsläufigkeit der Gelenke. Skiagraphische Aufnahmen am lebenden Menschen und an Präparaten geben ihm Veranlassung,

sich über die Architektur der Spongiosa zu verbreiten. Auch diese führen A. zu der Ansicht von der rein mechanischen Entstehung des Genu valgum durch Druck und Zug.

Weniger ausführlich als das Genu valgum wird das Genu varum abgehandelt, das wegen seiner Mannigfaltigkeit nicht zusammenfassend betrachtet wird. Verf. beschränkt sich unter Berufung auf frühere Erörterungen auf die Beschreibung einiger Präparate.

Der zweite Abschnitt des Buches betrifft die kompensatorischen Fußformen, nämlich den Pes varus, der das Genu valgum, und den Pes valgus, der das Genu varum kompensirt. A. leitet diese Formen ab von dem Schiefstande der Knöchelachse und der Torsion der Tibia. Im Übrigen besteht dieser Abschnitt vorwiegend aus einer detaillirten Beschreibung der Gelenkveränderungen, die einen hohen Grad nicht erreichen.

A. glaubt, dass das Verständnis der Deformitäten des Kniegelenkes aus dem Studium des Gelenkmechanismus hervorgehen müsse. Das beweist schon der Umstand, dass A. hervorhebt, es liege mehr ein Problem des Maschinenbaues als das Problem einer baulichen Konstruktion vor. Es war für ihn desshalb nicht leicht, zu einem Abschlusse zu gelangen, den herbeizuführen er nunmehr dem Techniker überlässt. Der Techniker wird aber nicht von anatomischen Details ausgehen, sondern er wird das Problem zu lösen suchen durch Anwendung der einfachen Sätze der Statik. Die statische Auffassung muss, wie bei der Skoliose, die Rotation des Kniegelenkes beim Genu valgum und Genu varum auf die Beanspruchung auf Zerknickung zurückführen. Haben wir einmal auf diese Weise die Rotation erklärt, so wird es ein leichtes sein, die im Kniegelenke stattfindende Kantenpressung und die davon abhängige Formänderung der Kondylen, die Torsion der Diaphysen, die Kontraktur und andere Anomalien zu erklären.

Bei alledem ist anzuerkennen, dass die A.'sche Arbeit eine bedeutende Erscheinung in der orthopädischen Litteratur darstellt.

J. Riedinger (Würzburg).

13) **Luksch.** Über den Pes varus compensatorius bei Genu valgum.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf., der beim Erscheinen der Albert'schen Arbeit über die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen und die kompensatorischen Fußformen bereits mit der vorliegenden Frage beschäftigt war, legt das Hauptgewicht hinsichtlich des Mechanismus der Entstehung des Pes varus compensatorius auf die Adduktion des Metatarsus, während Albert von der Supination des Fußes ausging. Aus der Litteratur hat Verf. die spärlichen Notizen, die hierüber aufzufinden waren, zusammengetragen. Daran schließt er einige anatomisch-physiologische Erörterungen, die auf das Krankheitsbild Bezug haben.

J. Riedinger (Würzburg).

14) **A. Blencke.** Ein Beitrag zur Lehre der Kontrakturen und Ankylosen im Kniegelenke und deren Behandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Unter Benutzung der in der Litteratur aufzufindenden Fälle von Deformationsstellungen im Kniegelenke bespricht Verf. deren Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie und Therapie. Aus dem reichen Inhalte sei nur Folgendes hervorgehoben. Vielfach ist die veranlassende Ursache von Flexionskontrakturen in vorausgegangenen Operationen zu suchen. Seitliche Verbiegungen werden nach Operationen selten beobachtet, außerdem entwickeln sich bei Kindern Kontrakturen leichter als bei Erwachsenen. In pathogenetischer Hinsicht steht die mechanische Auffassung voran. Das operative Verfahren soll, wie König verlangt, das konservative Verfahren ergänzen. Für das konservative Verfahren empfehlen sich am meisten portative Apparate. Der Lorenz'sche Osteoklast wird kurz erwähnt. Für winklige Ankylosen ist das beste Operationsverfahren das Helferich'sche.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **L. Seitz.** Die voderen Stützpunkte des Fußes unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Beely fand die vorderen Stützpunkte des Fußes vorwiegend im 2. und 3. Metatarsusköpfchen, H. v. Meyer im 3. Metatarsusköpfchen. Verf. führt dagegen den Nachweis, dass normaliter der 1. und der 5. Metatarsus als vordere Stützpunkte des Fußes zu betrachten sind. Die Gründe, die er als Beweise anführt, sind anatomische Verhältnisse, Röntgenbilder, Lehmabdrücke, Schwielenbildung und Spiegelbetrachtung der belasteten Fußsohle. Durch Abflachung des transversalen Metatarsalbogens können aber auch die Köpfchen des 2. und des 3. Metatarsus in Anspruch genommen werden.

Klinisch hat Verf. unter Lange's Leitung im orthopädischen Ambulatorium der chirurgischen Klinik in München vielfach Fälle untersuchen können, deren Beschwerden in einer Änderung der vorderen Stützpunkte des Fußes gelegen waren. Hierher gehören z. B. die operirten Spitz- und Klumpfüße, ferner Verschiebungen der Metatarsusköpfchen in Folge von Rheumatismus etc. Erkennt man die Ursache der Beschwerden, so ist durch Schutz der schmerzhaften Stelle vor Druck oder durch gleichmäßige Vertheilung des Druckes leicht abgeholfen. Verf. empfiehlt Filzcelluloidsohlen, die entweder entsprechend ausgehöhlt oder der Wölbung des Fußes angepasst werden.

Ferner bespricht Verf. die Metatarsalgie oder Morton'sche Krankheit. Das Wesen derselben besteht hauptsächlich in plötzlich auftretenden neuralgischen Schmerzen am Köpfchen des 4. Metatarsus.

In einem Nachtrage wendet sich Verf. gegen die Ansicht Muskat's, dass sich aus der relativen Häufigkeit der Brüche der Meta-

tarsalknochen der Beweis für die Richtigkeit der Theorie, das 2. und 3. Metatarsusköpfchen seien die vorderen Stützpunkte des Fußes, ableiten lasse. **J. Riedinger** (Würzburg).

16) **E. Meusel** (Gotha). Zur Technik der Unterschenkelamputation.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

Um das Auftreten von Druckbrand über der durchsägten Schienbeinkante zu verhüten, wendet M. seit 20 Jahren folgendes Verfahren mit Erfolg an: Nach beendeter Amputation mittels zweizeitigen Zirkelschnittes und nach Naht der Manschette führt M. $1^1/_2$ cm oberhalb der Tibiakante einen Faden 3 cm lang quer durch die Unterschenkelhaut, dann weiter unterhalb der Schienbeinkante eben so lang quer durch die Manschette. Wird dann der Faden, am besten gekreuzt, angezogen und geknüpft, so richtet sich die Manschette steil nach oben, und kommt auf die Tibiakante eine Hautfalte, rechtwinklig zu ihr, zu liegen. Nach 8 Tagen wird der Faden entfernt. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

17) **Hecht** (München). Ein handlicher elektrischer Sterilisationsapparat für das Instrumentarium der kleinen Chirurgie, insbesondere für Kehlkopf-, Ohren- und Naseninstrumente.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Der praktische, aber ziemlich theuere Apparat, von Hummel & Helberger in München-Thalkirchen beziehbar (Preis 53, resp. 90 *ℳ*), wird beschrieben und durch eine Abbildung erläutert. **Kramer** (Glogau).

18) **J. V. Laborde.** Sur un appareil d'anesthésie de Mr. le Prof. Reverdin (de Genève).

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 26.)

Fußend auf der Beobachtung, dass ein großer Theil der Unfälle in Narkosen auf Reflexe der Nasenschleimhaut zurückzuführen ist, hat R. einen Apparat herstellen lassen, welcher gleichzeitig für Offenhalten des Mundes und Vorziehen des Unterkiefers sorgt. Es soll dadurch die Mundathmung gesichert sein. Im Wesentlichen besteht er aus einem Kopfgurte mit verstellbarem Bügel, der senkrecht über die Nase herabsteigt und 2 speculumähnliche Blätter trägt, welche hinter den Zahnreihen aufzusitzen bestimmt sind; hierdurch wird der Mund offen und der Unterkiefer nach vorn gehalten. Das Instrument — obgleich sicher verbesserungsbedürftig — hat dem Erfinder gute Dienste geleistet. **Christel** (Metz).

19) **J. Paulsen.** Ein Fall von gonorrhoischen Gelenk- und Hautmetastasen im Anschlusse an Blennorrhoea neonatorum.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Bei dem Kinde trat ca. 10 Tage nach der Geburt zuerst im linken, dann im rechten Kniegelenke eine Entzündung auf, die an ersterem zur Incision und Entleerung gonokokkenhaltigen, schleimigen Eiters führte, während das rechte Knie von selbst abschwoll. Auch am rechten Finger bildete sich eine gleiche Gelenks-

affektion. Etwas später wurden Papeln und Bläschen an den Beinen und im Gesichte bemerkbar; auch in dem Inhalte der Bläschen ließen sich Gonokokken nachweisen. **Kramer** (Glogau).

20) **Krey und Sarauw.** Tetanus traumaticus, komplicirt durch Darmverschluss (Laparotomie, Heilung ohne Seruminjektion).

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Der Tetanus hatte sich bei dem 12jährigen Knaben von einer von ihm vernachlässigten, oberflächlichen Wunde am Hinterkopfe entwickelt. Gleichzeitig traten Erscheinungen von Ileus auf, die, wie der Bauchschnitt ergab, durch eine leicht lösbare Intussusception im mittleren Theile des Dünndarmes bedingt waren. Der Verlauf war in den ersten 14 Tagen trotz Chloraldarreichung sehr schwer; dann ließen die tetanischen Krampfanfälle langsam nach, und es erfolgte schließlich Heilung. Die Darmfunktion war bald nach der Operation eine normale geworden. **Kramer** (Glogau).

21) **A. Schanz und E. Mayer.** 1000 Patienten.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Schon aus der Überschrift geht hervor, dass es sich um einen Anstaltsbericht handelt. Nach der relativen Häufigkeit der Krankheitsbilder ist zunächst das Material der S.'schen orthopädischen Heilanstalt in Dresden in einer Tabelle statistisch zusammengestellt. Die weitere Bearbeitung des Themas ist keine vorwiegend kasuistische, sondern eine allgemein-therapeutische. Es werden die Direktiven angegeben, nach welchen bei der Behandlung verfahren wurde. Letztere bewegt sich durchaus im Rahmen der modernen Orthopädie. Eigene Erfahrungen haben jedoch verschiedentlich Veranlassung gegeben, von der üblichen Therapie abzuweichen. So findet sich angegeben, dass nur die schweren spitzwinkligen Deformitäten eine Indikation für das Calot'sche Redressement abgeben. Dann ist allerdings die Indikation für das Verfahren eine außerordentlich beschränkte, wenn nur schwere spitzwinklige Kyphosen, nicht auch stumpfwinklige redressirt werden sollen. Vor einer solchen Aufgabe wird aber mancher Chirurg zurückschrecken. Als bemerkenswerth wollen wir noch hervorheben die günstigen Resultate, welche S. durch die Anwendung des Gipsverbandes bei der Skoliose erzielt hat. **J. Riedinger** (Würzburg).

22) **Varnier.** Fracture de la base du crâne au septième mois d'une grossesse. Accouchement à terme.

(Compt. rend. de la soc. d'obstétr., de gynécol. et de paed. de Paris 1900. Juni.)

Die 18jährige Frau stürzte sich aus dem 2. Stockwerke auf die Straße. Danach verlor sie das Bewusstsein, Blutung aus dem linken Ohre, der Nase und dem Munde. Nach 2 Tagen wurde eine Lähmung des linken Nerv. abduc. festgestellt.

Das Bewusstsein kehrte nach 8 Tagen wieder. Die kindlichen Herztöne zeigten nie eine Abweichung von der Norm. Auch von Seiten des Uterus keinerlei Störungen.

Die Pat. verließ nach 4 Wochen das Bett und kam am Ende der Schwangerschaft nieder.

V. fand nur einen ähnlichen Fall (Carstens) in der Litteratur, welchen er mittheilt.

Außerdem theilt er aus der Litteratur 2 Fälle von Schädeldachbrüchen bei Schwangeren mit. Diese Frauen wurden trepanirt. Die Schwangerschaft verlief ohne Störung.

Im Anschlusse an diese Beobachtungen kommen noch 2 Fälle von Sturz während der Schwangerschaft mit Bewusstseinsstörungen, aber ohne nachweisbare Schädelverletzungen zur Besprechung. Auch diese Patt. wurden anderwärts beobachtet. Diese Schwangeren zeigten ebenfalls keine Störungen von Seiten des Uterus. **Neck** (Chemnitz).

23) **Behm** (Pyrmont). Ein Fall von angeborenem Hirnbruche.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 31.)

Es handelte sich in dem ein 11 Tage altes Kind betreffenden Falle um eine ca. hühnereigroße occipitale Encephalocystocele, die nach Unterbindung des Stieles in 3 Portionen abgetragen wurde; die Blutung wurde durch Übernähung der Wunde gestillt. Die Heilung erfolgte ohne Störung, und das Kind zeigte noch 1/2 Jahr später normale körperliche und geistige Entwicklung, freilich auch ein kleines Recidiv. Nach dem an dem Präparate erhobenen Befunde war es schon früh zu einer Verwachsung des Kanales zwischen dem Hirnventrikel und der Geschwulst gekommen. **Kramer** (Glogau).

24) **R. Müller.** Zur Lehre von den otitischen Hirnabscessen.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. L.)

Dem Aufsatze liegen 4 Fälle aus der Trautmann'schen Klinik zu Grunde, 2 Schläfenlappen- und 2 Kleinhirnabscesse, von denen einer erst bei der Sektion erkannt wurde, zwei trotz Operation zu Grunde gingen, einer geheilt wurde.

In dem 1. Falle konnte sich das Leiden der Diagnose desswegen entziehen, weil die vor einem Vierteljahre stattgehabte rechtsseitige Ohreiterung innerhalb 3 Wochen geheilt war, ohne noch eine Spur von Eiterung erkennen zu lassen; es wurde neben Sausen und Schmerzen im rechten Ohre über Schwindel beim Aufrichten geklagt, und fand sich objektiv neben einer gewissen Somnolenz und geringer Facialisparese nur noch, dass die Zunge beim Herausstrecken nach links abwich, was auf eine Hypoglossuslähmung zurückgeführt wurde. Am letzten Tage große Unruhe, dann ziemlich rasch einsetzende Lähmung des linken Armes und Beines und Tod im Koma. Bei der Sektion wurde ein großer (6 : 3 : 3) Abscess im rechten Schläfenlappen gefunden, dessen untere Wand durch eine noch 1 cm dicke Schicht getrennt war von der missfarbigen und durchbrochenen Dura über dem Tegmen tympani.

Im 2. Falle, in dem seit 3 Jahren Ohrenlaufen links bestand, indicirten typische Abscesssymptome — Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, amnestische Aphasie etc. — den sofortigen Eingriff. Es wurde nach Radikaloperation des mit Eiter und Granulationen erfüllten Mittelohres und Antrum die Dura am Orte des zerstörten Tegmen punktirt und dabei stinkender, rahmiger Eiter aus dem Schläfenlappen aspirirt. Bei der sich anschließenden Trepanation von außen wurde hinter der nicht pulsirenden Dura in 3 cm Tiefe der 5 cm Durchmesser haltende Abscess entleert und mit Jodoformgaze tamponirt. Trotzdem starb am 19. Tage der Kranke, und es zeigte sich, dass fast die ganze Großhirnhälfte in eine einzige Abscesshöhle verwandelt war, die nur noch einen 1 cm, am Stirnlappen etwa 3 cm dicken Mantel hatte. Ob an dieser raschen und umfänglichen eitrigen Einschmelzung wirklich aërobe Bakterien in der Weise Schuld sind, wie Verf. sich das denkt, dass erst durch freien Luftzutritt nach der Abscessöffnung sie sich hätten günstiger entwickeln können, muss sehr dahingestellt bleiben.

Der 3. Fall, in welchem seit Kindheit rechtsseitige Ohreiterung bestand, ging mit heftigen Kopfschmerzen, Steifhaltung des Kopfes, schwankendem Gange und Nystagmus einher und zeigte lokal stinkende Eiterung rechts, Druckempfindlichkeit über dem Warzenfortsatze und in der Richtung des Bulbus ven. jug., remittirendes Fieber und beschleunigten Puls. Doch wurde die Annahme einer Sinuserkrankung nicht gemacht, sondern neben der Mittelohreiterung ein Kleinhirnabscess diagnosticirt. Dieser wurde auch nach der Radikaloperation durch Punktion festgestellt und von außen noch durch Trepanation eröffnet. Indess besserten sich nach der Operation die Beschwerden nicht, im Gegentheil manifestirten sich deutlicher pyämische Symptome mit Schüttelfrösten und Lungenmetastasen. Desshalb wurde am 20. Tage der Sinus, dessen innere Wand schon während der Verbandwechsel sich nekrotisch abgestoßen hatte, freigelegt und ausgeräumt. Tod an demselben Tage. Die Sektion zeigte neben dem eröffneten Abscesse noch einen zweiten von Kirschgröße, den Sinus thrombosirt und den ihm anliegenden Knochen kariös und mit Granulationen besetzt. Über den Inhalt des Sinus, distal vom primären Herde,

ist eben so wenig wie bei der Operation etwas ausgesagt, der Bulbus ven. jug. nicht untersucht.

Im 4. Falle, wo nach der anfänglichen Anamnese erst vor einem Monate Ohreiterung aufgetreten sein sollte, nach späterer Angabe aber schon vor 3 Jahren vorübergehend Ohreiterung links bestanden hatte, waren neben der Eiterung Delirien, starke Hinterhauptsschmerzen und Fieber zu konstatiren. Nach Eröffnung des Antrum und Freilegung von Dura und Sinus wurde neben dem Sinus punktirt und dicker, graugelber Eiter aus dem Kleinhirn aspirirt. Der Abscess wurde dann von hinten außen her durch Trepanation eröffnet, und aus der Höhle etwa $1^1/_2$ Esslöffel streptokokkenhaltigen Eiters entleert. Die Erscheinungen besserten sich aber erst, als am 11. Tage beim Verbandwechsel noch ein zweiter Abscess, weiter nach hinten oben, gefunden und entleert war. Seitdem fortschreitende Besserung, die nach $1^1/_2$ Jahre noch nachgeprüft und konstatirt werden konnte und auch bezüglich der Hörfunktion eine volle Heilung ergab. Die Frage, auf welche Weise hier das Kleinhirn vom Antrum aus inficirt sei, meint Verf. mit der Antwort abfertigen zu dürfen, dass die Eiterung sich durch den Aquaed. vestibuli übertragen habe, weil im Knochen ein direkter Fistelgang nicht gefunden wurde. Gegen diese durch nichts gerechtfertigte Deduktion muss Ref. Verwahrung einlegen. Denn wenn schon der negative Befund eines Fistelganges im Knochen nicht die Behauptung begründet, es sei dieser, wenn auch mikroskopisch nur erkennbar, nicht vorhanden gewesen, so kann vollends der negative Befund am Aquaed. vestibuli nicht dazu dienen, diesen nun umgekehrt als Überleitungsweg anzuschuldigen. Der Aquaed. vestibuli könnte doch nur auf dem Umwege einer Infektion des Endolymphraumes inficirt werden, und für solche Infektion fehlt in der Krankengeschichte jeder Anhaltspunkt, und gegen solche spricht die hinterher nachgewiesene funktionelle Integrität.

Zum Schlusse des Aufsatzes sucht Verf. die mannigfach wechselnden, aus dem verschiedenen Sitze und der Größe der Abscesse nicht immer leicht erklärbaren klinischen Bilder dadurch zu klären, dass er eine doppelte anatomische Genese für sie konstruirt, indem er sie in parenchymatöse und interstitielle mit möglichen Übergängen scheidet. Die interstitiellen Abscesse, die durch allgemeine Hirndrucksymptome mit nur mäßigem Fieber charakterisirt sein sollen, entständen durch Einwanderung pyogener Mikroorganismen in das interstitielle Stützgewebe, während die durch mehr lokalisirte Drucksymptome und Ausfallerscheinungen, durch unregelmäßigen oder verlangsamten Puls ausgezeichneten parenchymatösen Abscesse dadurch zu Stande kämen, dass Fäulnisbakterien in der Hirnmasse selbst sich lokalisirten und hier zu jauchigem Zerfalle führten. Der interstitielle Abscess soll, weil er durch eine Balgkapsel eingeschlossen ist, prognostisch günstiger sein. Ob solche Spekulationen klinisch sich rechtfertigen lassen, erscheint zweifelhaft, jedenfalls fehlt jetzt ihnen noch jedwede Unterlage pathologisch-anatomischer Untersuchung. **G. Zimmermann** (Dresden).

25) **Dieulafoy.** Abcès du cervelet (étude médico-chirurgicale).

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. XLIII. No. 26.)

Detaillirte Beschreibung eines Falles von otitischem gleichseitigem Kleinhirnabscess, die mancherlei Interessantes bringt, schon in so fern, als die Otitis nur von ganz kurzer Dauer — einige Tage — gewesen ist. Marion öffnet die hintere Schädelgrube, ohne den kleinen Abscess, welcher nahe dem Nucl. dent. entstanden war, zu finden. Athmungsstillstand, der sofort weicht, wenn die Kleinhirnhemisphäre angehoben wird. Tod am folgenden Tage. Der klinisch gut abgerundete Vortrag bespricht auch die Differentialdiagnose zwischen Menière'scher Krankheit und Kleinhirnaffektion. **Christel** (Metz).

26) **A. Denker.** Rhinogener Frontallappenabscess und extraduraler Abscess in der Stirngegend, durch Operation geheilt.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. X. p. 411.)

D. veröffentlicht einen sehr schönen Fall von über taubeneigroßem, nicht abgekapseltem Abscess des linken Stirnlappens, welcher von einem Empyem der

linken Stirnhöhle inducirt war. Eine Perforation im Knochen war nicht vorhanden, dagegen fand sich ein extraduraler Abscess zwischen Frontaldura und Dach der Stirnhöhle. Verf. bespricht genau die klinischen Erscheinungen (macht hierbei auf das Fehlen von Herdsymptomen aufmerksam), sodann die Technik der Operation; legt hierbei Werth darauf, dass der Abscess erst operirt werde nach Eröffnung der Stirnhöhle und von der Wandung der letzteren aus, und zwar möglichst an der tiefsten Stelle. Ferner giebt Verf. nach Untersuchungen am Kadaver werthvolle Winke, in welcher Richtung und Tiefe man Probeincisionen bezw. Punktionen machen darf, ohne den Ventrikel zu verletzen. Der Fall ist bis jetzt — 6 Jahre nach der Operation — geheilt geblieben.

Manasse (Straßburg i/E.).

27) **P. H. Gerber.** Über das Sklerom, insbesondere in Ostpreußen.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. X. p. 347.)

G. berichtet über 10 Fälle von Sklerom, die er in Königsberg i/Pr. beobachtet hat; 1 Fall war ein typisches Beispiel von eigentlichem Rhinosklerom, die anderen 9 waren wesentlich verschieden; bei keinem Pat. bestand eine Veränderung der äußeren Nase; das Innere der Nase war 2mal normal, in 3 Fällen bestand Ozaena, in 1 Falle Rhinitis hypoplastica, in 3 Fällen typische skleromatöse Veränderungen. Das Septum war in allen 9 Fällen hinten verbreitert; in der Mund-Rachenhöhle war niemals etwas Besonderes; im Kehlkopfe erschien in 3 Fällen die Schleimhaut im Ganzen infiltrirt, besonders die der Taschenbänder, in 6 Fällen bestanden die gewöhnlichen subglottischen Wülste. Mikroskopische Untersuchung wurde in 6 Fällen vorgenommen: in 1 Falle mit negativem Resultate, in 3 Fällen histologisch und bakteriologisch positiv, in 2 Fällen nur bakteriologisch positiv. Von den 9 Fällen stammten 4 aus Russisch-Polen, 5 aus Ostpreußen.

Manasse (Straßburg i/E.).

28) **A. Hoffa.** Ein Beitrag zu den Operationen an der Nase.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. X. p. 403.)

H. hat in 3 Fällen verkrümmte Nasen gerade gemacht, indem er die Haut des Nasenrückens der Länge nach spaltete, das Periost abhebelte und die vorragenden Theile des Knochens und Knorpels mit Meißel und Knochenschere abtrug, dann Haut und Periost vernähte; er hat damit recht gute Resultate erzielt. Ferner hat er in einem Falle von Sattelnase einen Periost-Knochenlappen von der Tibia auf das Periost des Nasenrückens transplantirt, gleichfalls mit gutem Erfolge. Endlich hat er eine Ciliarneurose, die durch Septumverkrümmung und Verwachsung der gegenüberliegenden Muschel hervorgerufen war, dadurch geheilt, dass er nach ähnlichem Vorgehen wie bei den 3 ersten Fällen die Deviation abtrug.

Manasse (Straßburg i/E.).

29) **G. Koltze.** Über die vollständige Exstirpation der Zunge und des Mundbodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 224.)

K. berichtet über eine von E. Rose mit Erfolg ausgeführte Zungenexstirpation von ungewöhnlich großer Ausdehnung wegen Krebsrecidivs. Der 53jährige Pat., der nur sehr schlecht sprechen und schlucken konnte, zeigte außer der Zungengeschwulst infiltrirte Kieferwinkeldrüsen links, auch Knötchen auf der linken Backenschleimhaut und Infiltration des Mundbodens. Bei Narkose in sitzender Stellung Schnitt vom linken Mundwinkel nach unten durch eine von der 1. Operation hinterbliebene Fistel bis neben den Kehlkopf. Derselbe geht durch die von der ersten, mit Kieferdurchtrennung ausgeführten Operation hinterbliebenen Kieferpseudarthrose, welche krebsig geworden war. Oben die Lippe in ganzer Dicke, unten Haut und Panniculus durchtrennt. Außerdem senkrecht auf diesen Schnitt Querschnitte beiderseits bis zu den Kieferwinkeln. Ablösung der Weichtheillappen, Excision der linken kranken Backenschleimhaut. Der linke Theil des Unterkiefers wird exartikulirt, der rechte am Aste resecirt. Mundbodenweichtheile, so weit

krank, excidirt. Zuletzt wird der Zungenrest nebst Mundbodenrest vom Zungenbeine, unmittelbar vor der Epiglottis mit dem Ecraseur entfernt, auch die kranken Mandeln exstirpirt. Kehldeckel und Zungenbeinkörper liegen nackt in der Wunde. Weichtheilnaht, Epiglottisschleimhaut mit dem Reste der Unterlippenschleimhaut vereinigt. Guter Heilungsverlauf und befriedigendes Resultat. Schlucken und Sprache gebessert, Geschäftsfähigkeit hergestellt. Ein Photogramm des Pat. ist beigegeben. Derselbe war »nach einiger Zeit« oder, wie es an einer anderen Stelle heißt, »nach Monaten« noch recidivfrei.

Der Mittheilung folgt eine allgemeine Besprechung der Zungenkrebschirurgie, die ziemlich ausgedehnt, aber doch nicht erschöpfend ist. K. berücksichtigt vor Allem Arbeiten von Rose's Schülern, besonders eine vom Schläpfer vom Jahre 1878. Als wichtigster Punkt sei hervorgehoben, dass Rose für die Zungenexstirpation sehr viel von dem Ecraseur hält, der bei seiner Anwendung ruhig und sicher gehalten werden muss und nur alle $1/2$—1 Minute einen »Knips« machen darf. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **Noquet.** Un cas de tumeur de voile du palais.

(Revue hebdom. de laryngol. etc. 1900. No. 29.)

N. berichtet über einen Fall von papillomatösem Myxofibrom des weichen Gaumens bei einem 3 Monate alten Kinde. Die Geschwulst wurde mit der Polypenzange gefasst, am Stiele mit einem Seidenfaden abgeschnürt und vermittels einer geraden Schere abgeschnitten. **Manasse** (Straßburg i/E.).

31) **Kredel.** Über angeborene Halsmuskeldefekte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 398.)

K. beobachtete als zufälligen Nebenbefund bei einem 10jährigen skoliotischen Mädchen einen doppelseitigen Defekt der Mm. sterno-cleido-mastoidei und cucullares, wahrscheinlich auch der omo-hyoidei und vielleicht der Levatores scapulae. Die Sternokostalportion des Pectoralis fehlt rechts völlig, links zum größten Theil. Das schlecht entwickelte Kind hat außerdem eine durch den weichen Gaumen und die Gaumenbeine gehende Gaumenspalte. Die durch die Halsmuskeldefekte gegebene auffällige Formanomalie des Halses ist in einer Photographie wiedergegeben. Beide Schultern stehen sehr hoch, und die Schlüsselbeine sind steil in die Höhe gebogen, fast vertikal. Auffallend ist, dass motorisch fast gar keine Funktionsstörungen bestehen. Die Thätigkeit der fehlenden Muskeln wird durch diejenige anderer, zum Theil hypertrophirter, Muskeln ersetzt.

Im Anschlusse an den eigenen Fall bringt K. eine Sammlung der sonst publicirten Fälle von Halsmuskeldefekten. Dieselben sind recht selten, Cucullarisdefekte scheinen etwas häufiger als Sterno-cleidodefekte zu sein. Der Regel nach werden nach K. derlei Defekte angeboren sein. Hierfür sprechen besonders Fälle, wo der Muskeldefekt mit der Bildung einer sog. Flughaut verbunden ist. (Fall von Kredel-Bruns: Pectoralisdefekt mit Flughaut zwischen Arm und Brust, und Fall von Julius Wolff: Defekt des Biceps femoris mit Flughaut zwischen Ober- und Unterschenkel.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) **Kühn.** Beitrag zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (Aus der Rostocker med. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Der mitgetheilte Fall weicht von den bisher beschriebenen Beobachtungen obiger Krankheit dadurch ab, dass er ein Mädchen, und zwar ein erst 12jähriges, betraf, bei welchem der Beginn des Leidens bereits im 8. Jahre erfolgte, und dass die hereditär rheumatisch belastete Pat. gleichzeitig eine ausgesprochene rachitische Veranlagung zeigte. Nur im Anfange bestanden starke Schmerzen; zuerst erkrankte unter dem Einflusse von Durchnässungen und Überanstrengungen das linke Fußgelenk, dann das rechte Knie, die Handgelenke, allmählich auch die anderen Gelenke und die Wirbelsäule; trotzdem vermochte die Kranke noch

längere Zeit herumzugehen. Auffallend war bei ihr auch neben dem Bestehen starker Genua valga eine Schiefhaltung des Kopfes in rechter Beugestellung und Abbiegung des oberen Brusttheiles nach links. **Kramer** (Glogau).

33) **M. Herz.** Beitrag zur Kasuistik der Spondylitis typhosa.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über eine 36 Jahre alte Pat., welche die Symptome einer Spondylitis zeigte, ohne dass jedoch eine sichtbare Deformität auftrat. Vorausgegangen war Typhus, komplicirt mit multiplen Abscedirungen. Nach entsprechender Behandlung verlor Pat. ihre Beschwerden vollständig. Verf. glaubt, dass sich sein Fall den von Quincke und Könitzer bekannt gegebenen Fällen von typhöser Spondylitis als vierter anschließt.

Derselbe Fall ist auch Gegenstand einer Mittheilung von A. Schanz gewesen (cf. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 28.)

J. Riedinger (Würzburg).

34) **Eichel** (Straßburg i/E.). Über Osteomyelitis acuta des Atlas.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Den unter 41 Fällen von akuter Osteomyelitis der Wirbelsäule beschriebenen 4 Fällen von Osteomyelitis des Atlas reiht E. einen neuen an, der einen 27jährigen Mann betraf. Derselbe erkrankte 3 Wochen vorher mit leisen Schmerzen im Nacken, die sich bei Erschütterungen des Körpers erheblich steigerten; 2 Wochen nach Beginn wurden bei Fehlen stärkeren Fiebers eine Anschwellung an der rechten Nackenseite, Bewegungsstörungen, besonders nach längerer Ruhe, Unmöglichkeit, den auf die Brust gesenkten Kopf aktiv zu erheben, ihn zu drehen, und Erschwernis des Kauens bemerkbar. Als Pat. in E.'s Behandlung kam, fieberte er nur mäßig, hielt den Kopf leicht gebeugt und nach rechts geneigt fixirt, musste zum Bewegen desselben die Hände zu Hilfe nehmen und zeigte eine Anschwellung unterhalb des Warzenfortsatzes bis zur Hälfte der rechten Nackenseite herab. Die Incision ergab aus der Tiefe hervorkommenden Eiter (Staphylococcus aureus) und eitrige Zerstörung der rechten hinteren Bogenhälfte des Atlas, von der 2 kleine Sequester entfernt werden konnten. Günstiger Verlauf mit Heilung ohne Funktionsstörungen.

Zur Vergleichung des vorstehend angegebenen Symptomenkomplexes mit dem bei Sitz der Erkrankung an der Schädelbasis auftretenden theilt E. schließlich noch einen Fall von subakuter Osteomyelitis der letzteren mit, bei welchem sich im Beginne auffallenderweise Schmerzen im Bereiche des rechten N. supraorbitalis, später eine Schwellung am Schädel dicht unterhalb der Linea occipitalis superior geltend machten. **Kramer** (Glogau).

35) **K. Vogel.** Eine Vervollkommnung des Schede'schen Extensionstisches zur Behandlung der Spondylitis.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Die Vervollkommnung besteht in einer besseren Fixation des Kopfes. Zwischen Kopf und vorderem Tischrahmen wird zu diesem Behufe ein einfacher Apparat eingeschaltet, der sowohl die Extension am Kopfe als die Regulation der Stellung des sog. Hinterhauptzapfens zu der ihn aufnehmenden Hülse ermöglicht.

J. Riedinger (Würzburg).

36) **J. G. Milo** (im Haag). Ein neuer Projektionszeichenapparat für Skoliose und gewisse Kontrakturen.

(Zeitschrift für orhopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. legt wenig wissenschaftlichen und praktischen Werth auf das Messen oder Zeichnen einer Skoliose mit einem der bis jetzt bekannten Messapparate. Er selbst hat einen Apparat konstruirt, mit dem er das Vollkommenste, Einfachste und Billigste erreicht zu haben glaubt. Die Projektion des Körpers auf eine

durchsichtige Glastafel mit Hilfe eines von der Glastafel reflektirten Stiftes verkleinert er mittels eines Pantographen. — Nach der Meinung des Verf. soll sich der Hausarzt einen solchen Apparat anschaffen, um den Orthopäden zu kontrolliren. »Dann erst werden Scheinbesserungen und leeres Gerede wortreicher Therapeuten mit Beweisen in der Hand, wenn auch nicht wissenschaftlich, dennoch praktisch widerlegt werden können. Dann erst wird die Verkennung vom Nutzen einer Skoliosetherapie, welche noch bei Vielen besteht, wahrscheinlich für immer verschwinden.« **J. Riedinger** (Würzburg).

37) **E. Meyer.** Zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 52).

Es gelang M., einem 58jährigen Manne ein beträchtlich über walnussgroßes Kehlkopfcarcinom in 8 Sitzungen mittels der Fränkel'schen Zange und der Landgraf'schen Curette gänzlich zu entfernen. Bei dem Umstande, dass Pat. nach Entfernung der Geschwulst im Besitze seines Kehlkopfes geblieben und im Stande ist, sich, wenn auch mit etwas heiserer, doch auf größere Entfernung gut vernehmbarer Stimme zu verständigen, ist M. der Ansicht, dass die endolaryngeale Operation in einer Anzahl sorgfältig ausgewählter Fälle von beginnendem Kehlkopfcarcinom eine berechtigte, den äußeren, verstümmelnden Eingriffen sogar überlegene Methode darstellt. **Gold** (Bielitz).

38) **C. Nasi** (Modena). Contributo alla laringofessura.

(Clinica chirurgica 1899. No. 4.)

N. theilt die Krankengeschichte eines 5jährigen Knaben mit, bei dem es nur mit Hilfe der Laryngofissur gelang, das Décanülement nach Tracheotomie durchzuführen. Freilich war dies nur darum der Fall, weil mit der Kehlkopfspaltung auch die Grundkrankheit, multiple Papillome der Binnenschleimhaut, entfernt wurde, während die beiden vorangegangenen Luftröhrenschnitte nur die Exstirpation je eines besonders entwickelten Polypen ermöglichten.

Seit der zweiten Tracheotomie (T. inferior) waren 2 Jahre vergangen. Innerhalb zweier Monate nach dem Kehlkopfschnitte war unter Tamponade (Gaze in einer Hülle von Guttapertschapapier) das Kehlkopfinnere so weit geworden, dass temporär die Trachealkanüle entfernt werden konnte. Sodann wurde (von Ruggi) die lange Wunde genäht. 20 Tage später verließ der Kleine geheilt die Klinik; die Athmung war ganz normal, ohne Störungen, die Stimme noch aphonisch. Doch auch dieser Mangel verringerte sich binnen kurzer Zeit.

J. Sternberg (Wien).

39) **E. Wanitschek.** Zur Kasuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 31.)

W. berichtet über den merkwürdigen Fall, dass ein Fremdkörper, ohne besondere Beschwerden zu machen, über 1½ Jahre in der Luftröhre saß und erst dann plötzlich zu schweren Gesundheitsstörungen führte.

Ein 8jähriger Knabe aspirirte ein sog. »slavík«, d. i. einen 3 mm breiten und 2 cm im Durchmesser haltenden Blechring, den die Kinder zum Nachahmen von Vogelstimmen benutzen. Gleich darauf bekam Pat. Halsschmerzen, Heiserkeit und Fieber. Im Spitale wurde Rachendiphtherie (auch bakteriologisch) festgestellt und Pat. mit Intubation behandelt. 3 Wochen später wurde das Kind geheilt entlassen, ohne dass an den Fremdkörper weiter gedacht wurde.

1½ Jahre später trat plötzlich ein heftiger Erstickungsanfall unter Blutung aus Mund und Nase auf. Pat. kam wieder ins Spital, wurde tracheotomirt, und nun der genannte Fremdkörper oberhalb der Tracheotomiewunde, in Granulationen eingebettet, gefunden und entfernt. Die Stenosenerscheinungen hörten sofort auf; die Heilung trat ohne Einführung einer Kanüle ungestört ein und war nach 4 Wochen beendet. **Jaffé** (Hamburg).

40) **Roeger.** Metapneumonischer Abscess mit dem Diplococcus pneumoniae in Reinkultur.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 41.)

Der im Marienhospitale zu Stuttgart (Zeller) beobachtete Fall betraf einen 55jährigen Mann, welcher im Anschlusse an eine Pneumonie zuerst einen Abscess an der vorderen Brustwand und nach dessen Heilung durch Incision einen kindskopfgroßen, in der Unterbauchgegend, zwischen den Mm. recti und der hinteren Fascie gelegenen, bekommen hatte. Der bei der Operation entleerte Eiter ergab das Vorhandensein des Fränkel'schen Diplococcus. **Kramer** (Glogau).

41) **J. Müller.** Zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 40.)

Bei dem von Kronacher operirten Falle wurde ein 4 cm langes und $1^1/_2$ cm breites Stück aus der vorderen Partie der stark erweiterten Gelenkkapsel ausgeschnitten und letztere durch Faltennähte möglichst verkleinert. Gutes funktionelles Resultat ohne Recidiv. **Kramer** (Glogau).

42) **A. Schanz.** Anfangsstadien der Coxa vara.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. führt 8 Fälle an, in denen jugendliche Individuen, meist Mädchen, von Beschwerden befallen wurden, die nur als Anfangsstadium der Coxa vara aufzufassen waren. Am leichtesten möglich ist die Verwechslung mit Coxitis. Die Therapie bestand in der Ruhigstellung der Hüftgelenke durch Gipsverbände und führte stets zum Ziele. **J. Riedinger** (Würzburg).

43) **Tenderich.** Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter, ungeheilter Patellarbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 573.)

Ein von T. behandelter Pat. hatte als Soldat durch Hufschlag einen Kniescheibenbruch erlitten, dessen knöcherne Vereinigung ausgeblieben war; trotzdem war die Gehfähigkeit wieder leidlich geworden. Später bekam Pat. beim Treppensteigen einen plötzlichen Schmerz mit Krachen im Knie, gefolgt von Anschwellung des letzteren und jetzt völligem Verluste der Kniestreckfähigkeit. Circa 5 Monate später operirte T. den Kranken, dessen Kniescheibenhälften nun 10 cm weit aus einander klafften. In dem durch Querschnitt geöffneten Gelenke war die Annäherung der Fragmente Zwecks Naht völlig unmöglich, die letzteren waren zudem so morsch und zerreißlich, dass die Naht selbst nach eventueller Vornahme der Bergmann'schen Voroperation (Ablösung der Tuberositas tibiae) keinen Erfolg zu versprechen schien. T. fand aber außer dem Knochenbruche beiderseits einen starken Querriss der Gelenkkapsel und vereinigte diesen durch mehrere Seidennähte, so dass die seitlichen Theile des Quadriceps femoris wieder zur Insertion an die Tibia gebracht wurden. Sehr guter Erfolg. Wiederherstellung der Kniestreckbarkeit, noch nach einem Jahre konstatirt trotz unveränderter weiter Diastase der Kniescheibenbruchstücke. T. empfiehlt sein Verfahren zu weiterer Erprobung. Man könnte für dasselbe event. mit 2 seitlichen Schnitten auskommen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **E. Casati** (Ferrara). Cura chirurgica della lussazione permanente della rotula.

(Clinica chirurgica 1899. No. 4.)

C. wahrt sich, anlässlich der Mittheilung von Goldtwaith über operative Heilung habitueller Kniescheibenverrenkung (Annals of surgery 1899. No. 1), die Priorität dieser Operation. Sie ist schon 1896 beschrieben (cf. dieses Centralblatt 1897. p. 854). C. kann nun noch einen zweiten, in gleicher Weise (Transplantation

der Sehne sammt einem Periost-Knochenlappen auf das angefrischte Tuberculum tibiae) erfolgreich operirten Fall mittheilen. Beide sind über $2^1/_2$ Jahre alt, die Funktion ist vollkommen normal. **J. Sternberg** (Wien).

45) E. Maillefort (Leipzig). Ein Fall von indirektem Bruche eines Mittelfußknochens.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Während Brüche eines der mittleren Mittelfußknochen durch indirekte Gewalt bei Soldaten häufig vorkommen und in den Eigenthümlichkeiten des Militärdienstes ihre Erklärung finden, sind sie bei Civilpersonen bisher nur selten beschrieben, vielleicht auch öfters übersehen worden. M. berichtet über einen solchen, einen 15jährigen Kaufmannslehrling betreffenden Fall von typischer Fußgeschwulst als Folge eines Bruches des 2. Mittelfußknochens (Röntgenbild), der durch Abgleiten des gestreckt zurückstehenden Fußes von der Kante einer Wasserrinne in letztere hinein zu Stande kam. **Kramer** (Glogau).

46) Lipinsky. Rétrécissement cicatriel du vagin.

(Ann. de gynécol. T. XLIII. p. 273.)

L. bekam eine 21jährige Bäuerin in Behandlung, die nach einer protrahirten Geburt eine hochgradige Scheidenstenose zurückbehalten hatte, welche kaum eine Sonde passiren ließ. Dilatationsversuche mit Speculis hatten keinen anderen Erfolg, als dass Pat. auch noch eine Recto-Vaginalfistel bekam. Im Übrigen war die Stenose nach 3 Tagen wieder zurückgekehrt. L. entschloss sich nunmehr zu einer plastischen Operation. Er citirt B. Crédé als den Ersten, der die großen Schamlippen zur Plastik benutzte. L. selbst ging in folgender Weise vor: Er frischte zunächst die Scheide anf beiden Seiten an. Dann durchschnitt er die kleinen Schamlippen von der Clitoris bis zum unteren Ende, mobilisirte sie und befestigte sie mit einigen Nähten an die Wundflächen der Scheide. Der Erfolg war glänzend. Die Nymphen heilten an, die Scheide, 7 cm lang, blieb weit genug, um 2 Finger bequem einzuführen, und war mit Schleimhaut überkleidet. Die Recto-Vaginalfistel schloss L. 14 Tage nach der 1. Operation durch einen Hautlappen, den er einem Oberschenkel entnahm. Auch hier erfolgte Heilung per primam. **Jaffé** (Hamburg).

47) L. Macaggi (Genua). Un caso di deciduoma maligno.

(Sonder-Abdruck aus Rassegna d'ostetricia e ginecologia 1900.)

M. theilt einen von ihm beobachteten und obducirten Fall von Deciduoma malignum mit. Er betrifft eine 39jährige Frau, welche, im 16. Jahre menstruirt, seit dem 20. 9 Schwangerschaften durchgemacht, von denen die 2., 5. und 9. zu einem Abortus geführt hatten. Die Entbindungen waren normal. Vor der 9. Schwangerschaft eine gonorrhoische Infektion. Der Abortus fand im 4. Monate statt, seither profuser stinkender Ausfluss und Metrorrhagien, während welcher die Frau schwer anämisch wird und körperlich arg herabkommt. Probecurettement wegen angenommener Placentarreste (consecutiver septischer Endometritis, Pyämie, Leberabscess) ergiebt die charakteristischen Elemente des Deciduoma malignum. Der Zustand der Frau verschlechterte sich zusehends, Fieber, Koma, Tod $7^1/_2$ Monate nach dem Abortus. Die Autopsie ergab nebst der primären Neubildung im Corpus uteri die gleiche Invasion im rechten Eierstock, in der Milz, Leber, Nieren, Lungen, Gehirn. — Die histologischen Details, so wie die ausgezeichneten Bilder machen die Lektüre des Originals erforderlich. **J. Sternberg** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 1. December.** **1900.**

(Aus dem Hospitale S. M. Nuova in Florenz.)

Über einige Modifikationen an dem Instrumentarium und der Technik der Kraniektomie mit meiner Drahtsäge.

Von

Dr. Leonardo Gigli.

Prof. Obaliński weiland in Krakau verwerthete mit genialem Scharfblicke meine Drahtsäge zum ersten Male für die Hirnchirurgie. Dies ist in der That die wichtigste Anwendung meines Instrumentes, mit dem ich, wie Krönlein richtig bemerkt, so glücklich gewesen bin, das chirurgische Armentarium zu bereichern. Durch kein anderes Instrument kann die Schädelhöhle mit solch einfachen Mitteln, mit solch unbedeutendem Verletzungskoëfficienten, mit solcher Exaktheit, Sicherheit und so breit eröffnet werden, wie durch diesen einfachen Draht. Seine Anwendung bedeutet ein Ereignis für die Geschichte der Hirnchirurgie, welches niemals vergessen werden wird, so lange der Chirurg genöthigt ist, zum Messer zu greifen und die menschlichen Leiden zu behandeln.

Obaliński rieth, an dem für die Kraniektomie bestimmten Punkte des knöchernen Schädels eine mehr oder weniger große Anzahl von Perforationsöffnungen zu setzen, je nach der Größe, die man dem osteoplastischen Lappen geben wolle, alsdann mit einer gewöhnlichen Dechamps'schen Nadel eine Drahtsäge von der einen Öffnung zur anderen zu führen und so durchzusägen. Die Technik Obaliński's führte nun zu einem nicht unbedeutenden Zeitverluste, und sie wurde auch seit ihrer ersten Veröffentlichung, auf dem internationalen med. Kongresse zu Moskau, von Vielen auf mannigfache Weise modificirt. Die Beschreibung der verschiedenen Vorschläge und ihre Kritik würde mich über die in diesem Centralblatte erlaubten Grenzen hinausführen; nur das Eine möchte ich hervorheben, dass ungeachtet dieser Modifikationen die Technik noch immer weit vom erwünschten Ziele fern blieb. Wir besitzen zwar heut zu Tage im Trepan, im Meißel und in der Motorsäge Hilfsmittel, welche eine genügend rasche Eröffnung des Schädels gestatten; aber der Trepan giebt nicht immer eine genügend breite Öffnung und führt meist zu einem schwer zu ersetzenden Substanzverluste, der Meißel erheischt eine schwierige und gefährliche Technik und setzt ein sehr bedeutendes Trauma, die Motorsäge endlich bedarf eines kostspieligen und umständlichen Apparates. Ich habe nun versucht, mit meiner Säge, welche keinen der beschriebenen Nachtheile bietet, die Technik der Kraniektomie auch möglichst schnell zu gestalten, damit sie mit den oben genannten technischen Hilfsmitteln konkurriren kann, und ich hoffe, mein Ziel erreicht zu haben.

Um dem ganzen Instrumentarium der Kraniektomie jene Einfachheit zu wahren, durch welche sie anderen Verfahren gegenüber um vieles überlegen ist, habe ich den Perforateur mit Motorbetrieb bei Seite gelassen und mich nur an den einfachen Handtrepan gehalten.

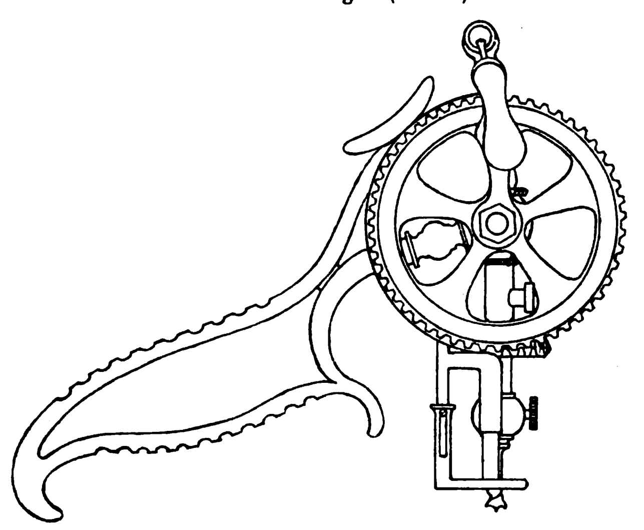
Aber auch der klassische Trepan und der Kronentrepan von Collin, welch letzterer nur eine modernere und elegantere Ausdrucksweise von jenem darstellt, haben, meines Erachtens, in ihrer Form einige Fehler, welche nothwendigerweise einen Zeitverlust beim Gebrauche bedingen. Der Handgriff, welcher oberhalb der Spitze des Perforateurs und seinem Triebapparate sich befindet, gestattet dem Chirurgen nur schwer die volle Herrschaft über das Instrument. Die ihn haltende Hand hat keinen sicheren Stützpunkt, schwankt während des Bohrens hin und her, und zur Einschränkung dieser Schwingungen ist der Chirurg gezwungen, seine Hand gegen alle Regeln einer rigorosen Asepsis auf Kinn oder Schulter zu stützen. Hat man dann das Instrument auf die Knochentheile aufgesetzt, welche die Trepankrone oder der Bohrer durchdringen soll, so darf man nur vorsichtig und probirend vordringen, am besten aber mit einem Instrumente mit Hemmapparat arbeiten, damit es nicht nach Durchdringung des letzten knöchernen Widerstandes plötzlich in die darunter liegenden Weichtheile eindringt. Und da nun die Dicke des

Knochens an den verschiedenen Stellen des Schädels und bei den verschiedenen Individuen wechselnd ist, muss man nothwendigerweise den Bohrer wiederholt ansetzen und anhalten und verliert damit immer Zeit, so dass die ganze Operation vom ersten Beginne an nur unter Hemmung und langsam ausgeführt werden kann.

Meine erste Modifikation galt demnach dem Perforateur selbst; ich wollte all die kleinen und wiederholten Verzögerungen umgehen und habe dieses Ziel — wie ich denke — dadurch erreicht, dass ich den Collin'schen Perforateur in seiner Form wesentlich geändert habe. Ich habe dem Griffe des Instrumentes eine andere Anordnung gegeben, und zwar so, dass die Hand, die ihn festhält, eine breite und sichere Stütze auf dem Schädel des Pat. finden kann.



Fig. 1 (Bohrer).



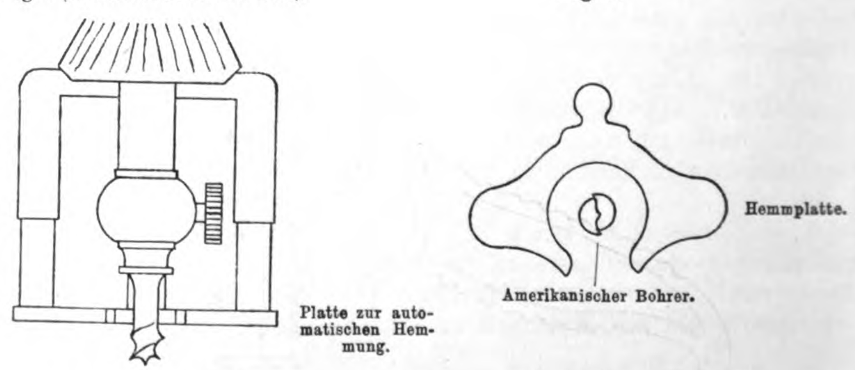
1/2 natürl. Größe.

Fig. 1 giebt besser als jede Beschreibung ein klares Bild von meinem Trepan. Von der linken Hand wird er gefasst und, gestützt auf den Kopf des Pat., sicher gehalten.

Diese veränderte Stellung des Handgriffes gestattet dem Triebrade eine größere Entfaltung, welche nothwendigerweise eine bedeutendere Schnelligkeit und stärkere Triebkraft ermöglicht. Hätte ich nur bei diesem Trepan die Krone des Collin'schen Perforateurs verwendet, so würden keine weiteren Zusätze nöthig sein; denn er dringt schrittweise vorwärts, und die das Vordringen des Instrumentes hemmende Hand giebt sicher und schnell den Augenblick zum Anhalten an. Aber ich brauchte einen Bohrer, welcher schneller vordringt als die Krone, und da mir für den Durchtritt meiner Sonde auch die feinsten Öffnungen von 4—6 mm genügen, durfte ich von einem so langsam arbeitenden Mittel absehen.

Ich habe daher ganz besondere Bohrer gewählt, die der Mechaniker unter dem Namen amerikanische Bohrer kennt. Sie durchbohren mit einer außerordentlichen Schnelligkeit und Leichtigkeit den Knochen und schaffen Löcher mit sehr sauberen Rändern. Sie bestehen aus einer sorgfältig gehärteten Stahlspitze, welche eine kurze Spirale mit scharfem, schneidendem Rande, Wurm genannt, umgiebt. Da diese (Fig. 2) aber auch nach Überwindung des knöchernen Widerstandes noch mit der ihnen ertheilten Geschwindigkeit weiter in die Tiefe dringen, und die Hand allein außer Stande ist, die fortschreitenden Bewegungen aufzuhalten, so habe ich das Instrument mit einer Vorrichtung versehen, die den Bohrer automatisch aufhalten soll (Fig. 2, 3). Diese besteht in einer Metallscheibe (Fig. 3), welche, in einem gewissen Abstande den Bohrer umgebend, sich auf den zu perforirenden Knochen aufstützt. Von dieser Scheibe gehen drei Stäbe aus, welche sich in 3 Hülsen auf und ab bewegen können, in denen sich Metallfedern befinden. Je weiter nun der Bohrer vor-

Fig. 2 (amerikanischer Bohrer). Fig. 3.

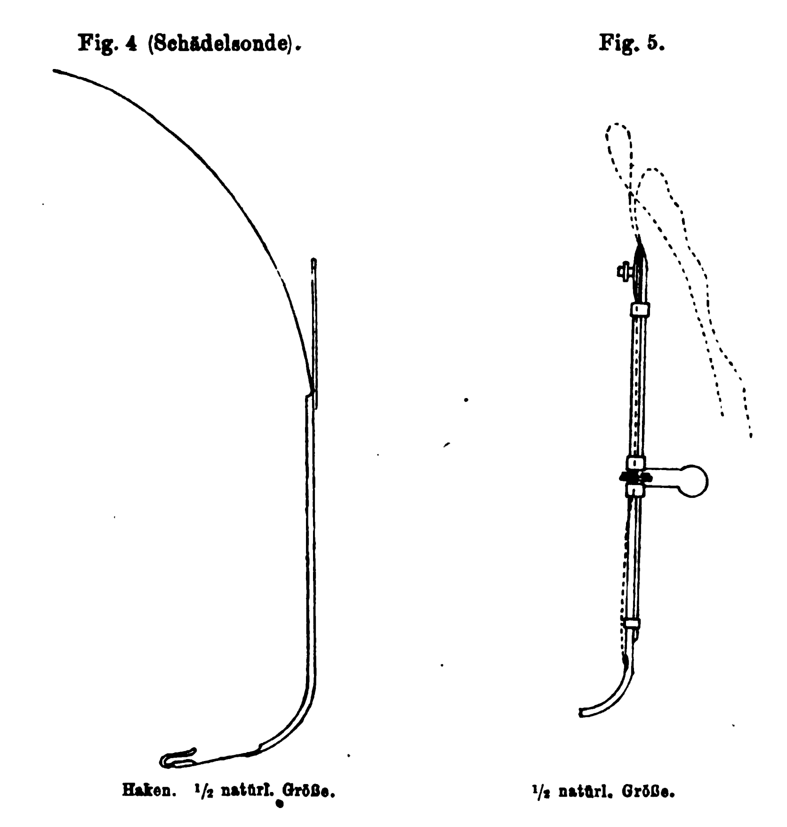


dringt, desto größeren Widerstand findet er in Folge dieses Federdruckes an der Metallscheibe, so dass er die letzte Knochenschicht nur mehr langsam zu überwinden vermag. Dabei empfindet die Hand deutlich das Vordringen des Instrumentes in den verschiedenen Schichten des Schädeldaches und kann so seine Bewegungen regeln. Mit diesem Instrumente kann man sonach innerhalb weniger Sekunden ohne den geringsten Zeitverlust und mit vollkommener Sicherheit an jedem beliebigen Punkte das Schädelgewölbe durchbohren.

Wird somit der erste Theil in der Ausführung der Kraniektomie bedeutend verkürzt, so beschränkt weiterhin meine Sonde die Zahl der nöthigen Perforationen auf ein Minimum. 3 oder 4 kleine Öffnungen von 4—6 mm Durchmesser genügen, aus dem Schädelgewölbe ein so umfangreiches Stück herauszusägen, dass man jeden beliebigen Punkt der Hirnoberfläche übersehen kann. Meine im Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 16 beschriebene Sonde ist rinnen-

förmig und an ihrem Ende leicht stumpfwinklig gebogen. In der Rinne läuft ein Fischbein mit 2 kleinen Öffnungen an seinem Ende, durch welche ein Faden gezogen wird. Manchmal konnte aber der Faden nicht auf der Sonde laufen, oder die Spitze des Fischbeins bog sich zu sehr, so dass sie gegen die Rauhigkeit der inneren Knochentafel stieß; außerdem war es nicht immer leicht, den Faden durch die nächste Perforationsöffnung mit der Pincette nach außen zu ziehen. All diese Missstände werden nun durch folgende Modifikationen eliminirt.

Fig. 4 (Schädelsonde). Fig. 5.



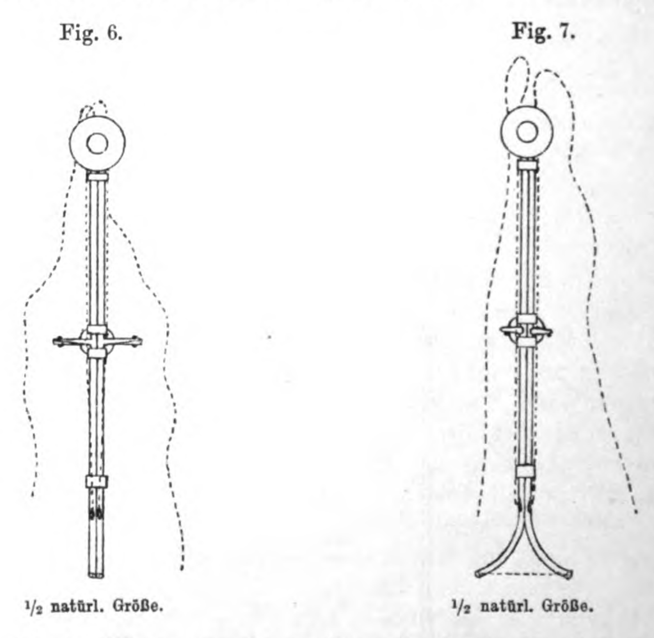
Haken. 1/2 natürl. Größe. 1/2 natürl. Größe.

Vor Allem habe ich das Fischbein durch eine Stahlfeder ersetzt, die statt des doppelten Öhres am Ende einen Haken trägt, wie er in Fig. 4 abgebildet ist. Die Form, welche damit das Ende der Sonde erhalten hat, erleichtert ihr Durchführen zwischen Dura und Knochen außerordentlich; denn es ist fast unmöglich, mit der Spitze der Sonde gegen die rauhe Knochenoberfläche zu stoßen, wie dies bei der anderen Sondenform recht häufig vorkam. Die Sonde dringt frei vor und kann beliebig weit vorgeschoben werden; die Richtung des Sondenhandgriffes und die Länge des eingeführten Abschnittes der Stahlfeder lassen sowohl die Richtung wie den Punkt, wo sich der Haken befindet, leicht bestimmen. Kurz davor legt man die

zweite Perforationsöffnung an, so dass diese auf die zwischen Knochen und Dura liegende Feder trifft. Um nun den Faden anzulegen, braucht man nur den in Fig. 5, 6 und 7 abgebildeten Fadenträger geschlossen in die zweite Perforationsöffnung einzuführen.

Derselbe ist höchst einfach; er besteht nämlich aus 2 Metallstäben, die an ihrem unteren Ende leicht gebogen und in ihrer Längsachse gegen einander beweglich sind, so dass beim Öffnen die beiden Enden sich mehr oder weniger von einander entfernen (Fig. 7). In seiner Mitte hat der Fadenträger eine besondere Vorrichtung, die dazu dient, das Instrument zu öffnen und zu schließen, d. h. die beiden Enden der Stäbe einander zu nähern oder zu entfernen; oben ist

Fig. 6. Fig. 7.



1/2 natürl. Größe. 1/2 natürl. Größe.

eine Art Handgriff angebracht, welcher das Ende des Fadens in einer gewissen Spannung zu halten gestattet. Die beiden Metallstäbe sind an ihrem gekrümmten Ende hohl, der Faden zieht von einer Höhlung zur anderen hinüber und bildet so eine Schlinge; die Fadenenden ziehen den Stäben entlang nach oben und werden dort vom Handgriffe gehalten. Bewegt man nun die beiden Stabenden von einander ab, so bildet der angespannte Seidenfaden eine Art Saite von größerer oder geringerer Länge je nach dem Grade der Öffnung des Instrumentes. Fig. 5 und 6 zeigen das Instrument in geschlossenem Zustande von vorn und von der Seite gesehen, während Fig. 7 dasselbe geöffnet darstellt. Man führt es geschlossen in die zweite Perforationsöffnung ein, bringt es in die richtige Lage und öffnet es. Die Öffnung genügt, um in ihr die auf der Sonde laufende Stahlfeder zu sehen, und es gelingt ganz sicher, den gespannten Faden ihr anzulagern. In Folge der Elasticität der darunter liegenden

Weichtheile ist die Berührung zwischen dem gespannten Seidenfaden und der Feder so innig, dass beim Zurückziehen der Sonde der Haken unfehlbar den Seidenfaden fasst und mit sich zieht. Auf diese Weise vermeidet man eine Menge kleiner Zeitversäumnisse, die sich bei der früheren Methode nicht übergehen ließen. Die ganze Operation ist in wenigen Minuten beendet, speciell wenn man nur einen dreieckigen osteoplastischen Lappen bildet, für den 3 kleine Perforationsöffnungen und nur ein 2maliges Durchführen der Sonde genügt. Ohne jede traumatische Nebenwirkung kann man so die Schädelhöhle in genügender Ausdehnung eröffnen. Doch hiervon in einer demnächst erscheinenden Publikation über die allgemeine Technik der Kraniektomie.

Die Instrumente liefert Collin in Paris.

---

1) **Knaack.** Die subkutanen Verletzungen der Muskeln.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der med. Abtheilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums.)
Berlin, **Hirschwald,** 1900. 123 S.

Mit Recht wird darauf hingewiesen, dass die militärischen Anforderungen einestheils häufiger, als im bürgerlichen Leben geschieht, an die Leistung einzelner Muskeln oder Muskelgruppen plötzliche hohe Ansprüche stellen und damit zu Verletzungen Veranlassung geben, dass sie andererseits aber auch frühzeitiges Bemerken und Anmelden geschehener Verletzungen zur Folge haben. So ist es z. B. dem Ref. aufgefallen, wie häufig an bürgerlichen Arbeitern alte Muskelbrüche, besonders des Biceps brachii, zu beobachten sind, von deren Entstehung und Dasein die Betroffenen keine Ahnung hatten.

Es wird scharf unterschieden zwischen Muskelbrüchen und Muskelzerreißungen, indem bei ersteren nur die Scheide zerreißt und dem Muskel theilweisen Vorfall durch die entstandene Öffnung gestattet, während bei letzteren die Muskelsubstanz selbst zerreißt. Dieser anatomischen Unterscheidung entsprechen auch durchaus die Erscheinungen, so dass die Differentialdiagnose meist nicht besonders schwierig ist. Auch hinsichtlich der Entstehung sind beiderlei Muskelverletzungen nicht unwesentlich verschieden, indem der überwiegend allmählichen Entstehung der spontanen Hernien die ausnahmslose Plötzlichkeit der Muskelzerreißung gegenübersteht. Doch wird mit Recht hervorgehoben, dass auch Fälle vorkommen, in denen partielle Muskelzerreißungen und Muskelhernien gleichzeitig an derselben Körperstelle vorkommen. In Folge einer Gewalteinwirkung zerreißen die Scheide und die oberen Faserbündel, worauf nach Verschwinden des auftretenden Blutergusses die nicht zerrissenen Muskelbündel aus dem entstandenen Spalte sich herausdrängen. Sehr auffallend ist die Liste, welche K. aus den von ihm gesammelten Fällen zusammenstellt; er fand als Sitz der Hernie folgende Muskeln: Adductor longus 12, Adductor magnus 7, Adductor brevis, pectineus und gracilis

je 1, Adduktoren ohne genauere Sonderung 8, Tibialis anticus 4 Gastrocnemius 2, Biceps femoris 2, Semimenbranosus 1, Rectus femoris 1, Biceps brachii 1, Vastus fem. externus 1mal. Es waren mithin 29mal die unteren, nur 1mal die oberen Gliedmaßen betroffen.

Bei der operativen Behandlung der Muskelhernie wird besonderer Werth auf das Abtragen des über den Bruchring hervorragenden Muskelgewebes gelegt außer dem Anfrischen der Fascienränder mit darauf folgender Naht.

Außer dem Rectus femoris und Rectus abdominis zerreißen nicht selten dis langen Rückenmuskeln, so wie auch der Ileo-Psoas. Doch ist die Liste der von Zerreißungen befallenen Muskeln wesentlich größer als die mit Muskelbruch. Dass das Blutextravasat zunächst die Zerreißung maskirt, ist für frühzeitige Erkennung derselben oft ein Hindernis.

Dass bei der Entstehung der Osteome in den Muskeln (Reit- und Exerzirknochen) dem Bluterguss eine erhebliche Rolle zufällt, wird hier erwähnt, häufig aber übersehen. Ob er aber wirklich, wie K. will, nur die Rolle eines Reizmittels auf das umliegende Gewebe ausübt, muss dahingestellt bleiben. Dasselbe gilt von der angenommenen »allgemeinen Neigung des bindegewebigen Gerüstes des Körpers, auf mechanische Reize mit einer ossificirenden Proliferation seiner Gewebselemente zu reagiren«.

Verf. führt hiermit in die Pathologie der Muskelosteome eine besondere Disposition zur Knochenbildung ein, indem er dabei auf die Myositis ossificans universalis progressiva verweist. Da die Pathologie dieser in ihrer äußersten Entwicklung zu den bekannten traurigen Bildern führenden Krankheit noch gänzlich unerforscht ist, so erscheint es misslich, auf sie eine Erklärung ähnlicher, doch ganz örtlich beschränkter Vorgänge zu gründen.

Auch weiter in dem Abschnitte »Muskelquetschung« begegnen wir dieser Auffassung, dass nämlich die Muskeln, bezw. auch andere Gewebe verschiedener Menschen auf ganz dieselben Einwirkungen verschieden reagiren, je nach der individuellen Disposition. Die Folgen der Quetschung eines Muskels äußern sich einmal als Kontraktur, einmal als Ossifikation, einmal als Lähmung; dieselbe Gewalteinwirkung bewirkt bei einem Menschen nur eine vorübergehende Funktionsstörung, bei dem anderen eine dauernde Lähmung und Atrophie. An sich wird ja gewiss nicht in Abrede gestellt werden können, dass die Muskeln eines Athleten auf Traumen anders reagiren müssen, als die eines bleichsüchtigen Mädchens oder eines dekrepiden Greises. Hier sind aber die Stoffwechselvorgänge nicht nur im Muskelgewebe, sondern überhaupt im ganzen Körper durchaus verschieden. Allein trotzdem scheint Verf. doch mit seiner Theorie der »Verschiedenheit in der Zusammensetzung des Muskel- und Nervengewebes, d. h. der individuellen Disposition« etwas zu weit zu gehen. Gewiss ist ja die Art der Gewalteinwirkung, selbst bei scheinbarer Gleichartigkeit, doch auch sehr verschieden nach Dauer, Richtung, Kraft. Ja, könnte

nicht auch der augenblickliche Kontraktionszustand des Muskels selbst hierbei eine Rolle spielen? So wird gewiss für die Entstehung von Lähmungen nach Quetschung maßgebend sein müssen, ob diese gerade größere Nervenzweige getroffen hat, oder nicht. Und die feinere Vertheilung der Nervenzweige im Muskel ist viel zu individuell verschieden, als dass wir überall auf die gleiche Anordnung rechnen dürfen. Ein Theil der »individuellen Disposition« wird sich sicher auf diesem Wege etwas weniger mystisch erklären lassen.

Jedenfalls hat Verf. hier in dankenswerther Weise ein wichtiges Kapitel der Krankheitsätiologie angeschnitten, auch die Entstehung bösartiger Geschwülste nach Traumen gehört hierher, und können wir uns nur mit der vorgetragenen Auffassung vollständig einverstanden erklären, dass ein schlummernder Geschwulstkeim durch den traumatischen Reiz zur Entwicklung angeregt wurde, und dass dies nicht allein im Muskel-, sondern in jedem Körpergewebe zutreffen könne. Auch die eingestreuten, zahlreichen Krankengeschichten erhöhen das Interesse des Schriftchens, welches einen erst in neuerer Zeit mit mehr Aufmerksamkeit verfolgten Gegenstand in großer Anschaulichkeit behandelt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

2) **A. Bier.** Bemerkungen zur Cocainisirung des Rückenmarkes.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Wie an Anderen, so hat B. auch an sich selbst nach Einspritzung von sehr kleinen Dosen von gutem Cocain in den Sack der Rückenmarkshäute selbst Tage lang bestehende unangenehme Folgeerscheinungen, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwäche und Schwindelgefühl, beobachtet; andere, namentlich französische Chirurgen sahen sogar Collapse mit Beklemmungen und Angstgefühl, Schüttelfröste und Fieber, selbst Todesfälle auftreten. In Rücksicht hierauf warnt B. davor, die Cocainisirung des Rückenmarkes in der bisher geübten Weise und zumal mit 15 mg übersteigenden Dosen weiter anzuwenden, hofft aber bald über ein ungiftiges Mittel, welches das Cocain in seiner Wirkung vom Lumbalsacke aus gerade so ungefährlich, wie von anderen Applikationsstellen aus, macht, die unangenehmen Nachwirkungen verhindert und die Cocainwirkung auch auf den ganzen Rumpf und die Arme ausdehnt, berichten zu können. Zunächst wird Dr. Eden über ein bei Thieren wirksam befundenes Mittheilung machen. **Kramer** (Glogau).

---

3) **O. Beck.** On a new method of operation for exstrophy of the bladder.

(Separatabdruck aus New York med. journ. 1900. August 25.)

Verf. berichtet an der Hand eines mitgetheilten Falles über eine neue Methode der Operation der Blasenspalte, die ihm viel Erfolg verspricht.

Nach Mobilisirung der Ränder der vorliegenden Blasenwandung — wobei darauf zu achten ist, dass der Schnitt im Gesunden geführt wird, und eine Annäherung der angefrischten Ränder ohne Zerrung möglich ist — werden beide Recti freigelegt und vom Innenrande her durch einen Längsschnitt gespalten. 2 Querschnitte beiderseits, von denen der untere möglichst nahe der Symphyse, der obere unterhalb des Nabels zu legen ist, vollenden, indem sie vom äußeren zum inneren Rande des Muskels verlaufen und die Muskelsubstanz zur Hälfte durchtrennen, die Umrisse zweier Lappen, die die Bildung eines muskulösen Schutzes der Blase übernehmen sollen. Vom Innenrande her wird nun die obere Hälfte der Rectusfasern losgeschält, bis sich der Lappen am Außenrande nach Art eines Scharnieres umklappen lässt. Jetzt wird die Blase durch einige Nähte geschlossen und werden über ihr die beiden Muskellappen vereinigt. Die Hautnaht wird durch Entspannungsnähte so angelegt, dass sie die Wundlinie freilässt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

---

4) **J. Frank** (Chicago). Blasen-Mastdarm-Anastomose mittels des resorbirbaren Knopfes. Eine Behandlungsmethode bei Ekstrophie der Blase.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 407.)

F. ist es in einer Anzahl von Experimenten bei Hunden gelungen, mittels seines bekannten resorbirbaren Knopfes gut funktionirende Blasen-Mastdarm-Anastomosen ohne Infektion der Nieren herzustellen, Versuche, über die er hier in aller Breite Bericht erstattet. F. glaubt die Operation auch beim Menschen für verwerthbar halten zu können: sie sei leicht und schnell ausführbar, eine Harnleiterstriktur durch die Darmnarbe sei nicht zu fürchten, auch keine Nekrose, und die Infektionsgefahr sei gering. »Die Operation kann nicht nur bei Ekstrophie der Blase, sondern auch bei anderen pathologischen Veränderungen dieses Organs Anwendung finden.«

(Ref. ist es völlig unklar geblieben, was gerade bei völliger Blasenspalte mit einer breiten Blasen-Mastdarm-Anastomose zu nützen wäre. Der stete Urinabgang durch die freien Harnleiteröffnungen wird dadurch nicht beseitigt werden. Statt dessen würde vielmehr auch noch der Mastdarm inkontinent gemacht und die Blase durch Abgänge aus letzterem besudelt werden.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **F. Guyon** et **P. Moreau.** Technique illustrée de la lithotritie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 7.)

An der Hand von ganz ausgezeichneten, instruktiven Abbildungen, die von seinem Schüler M. herstammen, bespricht G. die Technik

der Lithotritie. Ein kurzes Referat des Inhaltes der Arbeit ohne Zeichnungen ist zwecklos; wir verweisen desshalb auf die Originalarbeit. **P. Wagner** (Leipzig).

---

6) **Peterson.** Anastomosis of ureters with intestine.

(Med. news 1900. August 11.)

Verf. hat die bis jetzt an Menschen und Versuchsthieren ausgeführten Einpflanzungen der Harnleiter in den Darm aus der Litteratur zusammengestellt. Ferner hat er an 65 Hunden eigene Versuche angestellt, die in der Einpflanzung eines oder beider Harnleiter oder des Blasendreiecks in den Mastdarm bestanden. Er kommt an der Hand der Statistik, so wie seiner eigenen Versuche zu folgenden Schlüssen: Die primäre Sterblichkeit der Uretero-intestinalanastomose ist an Thier und Menschen eine außerordentlich hohe. Die beste Technik ist die, die mit den wenigsten Nähten am Harnleiter selbst auskommt. Alle Versuche, eine aufsteigende Infektion der Niere zu verhüten, sind, wenn nur der Harnleiter ohne seine Blasenmündung eingepflanzt wurde, vergeblich gewesen. Es ist unmöglich zu bestimmen, welche Ausdehnung die Infektion annehmen wird. Manchmal tritt der Tod in kurzer Zeit an Pyämie oder Pyelonephritis ein, in seltenen Fällen kann die Infektion ausheilen mit Schrumpfung der Niere. Desshalb ist die Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm nicht zu empfehlen. Die primäre Sterblichkeit der Einpflanzung des Blasendreiecks in den Darm ist auffallend gering. Obgleich auch hier eine aufsteigende Infektion eintreten kann, so pflegen diese Infektionen das Leben nicht zu gefährden. Es ist ausreichend nachgewiesen, dass der Mastdarm den Urin gut verträgt. Der Urin wird mit Sicherheit im Mastdarme durch den Sphincter ani gehalten. **Strauch** (Braunschweig).

---

7) **Lancereaux.** Hémorrhagies névropathiques des organes génito-urinaires.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 9.)

Bekanntlich haben Malherbe und Legueu auf dem Pariser Urologenkongresse 1899 den Satz aufgestellt: Alle Hämaturien sind symptomatisch und werden entweder durch eine allgemeine toxische oder infektiöse Ursache bedingt oder rühren von einer lokalen Affektion her; eine sog. essentielle Hämaturie existirt nicht. L. ist anderer Ansicht. Auf Grund einiger in der Litteratur mitgetheilter Fälle, so wie mehrerer eigener Beobachtungen nimmt er an, dass in den Harnorganen beider Geschlechter, so wie in den weiblichen Genitalorganen, unabhängig von auf materieller Grundlage beruhenden Hämaturien, Blutungen vorkommen, die von Störungen der Innervation abhängen. Relativ häufig bei neuropathischen Individuen kommen diese Hämaturien namentlich im Anschlusse an starke körperliche Anstrengungen und heftige Gemüthsbewegungen vor. Der Verlauf

dieser neuropathischen Hämaturien, die namentlich das vorgeschrittene Alter bevorzugen, ist intermittirend, manchmal periodisch; ihre Dauer schwankt von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen und Monaten. Der Ausgang ist selten tödlich. Die Diagnose der Hämaturie als solcher ist leicht; schwierig dagegen, den Sitz und die Natur derselben zu bestimmen. Die innige Vermengung des Blutes mit dem Urin, die Abwesenheit von Gerinnseln sind Symptome, die das Vorhandensein einer neuropathischen Hämaturie ahnen lassen, event. die Diagnose sichern. Natürlich darf nirgend auch nur eine Andeutung einer materiellen Schädigung der Nieren oder der Harnwege vorliegen.

In der Behandlung dieser neuropathischen Hämaturien spielt das Chinin eine Hauptrolle, das ja bekanntlich die Kontraktion der kleinen Gefäße begünstigt; hierzu kommen hydropathische Maßnahmen.

(Die vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen angeblich neuropathischer Hämaturie sind unserer Ansicht nach nicht beweisend. Ref.)

Paul Wagner (Leipzig).

---

8) **Cordero.** Ricerche sperimentale e cliniche nella nefrocrasia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. p. 1072.)

C. hat an 4 Kaninchen und 6 Hunden Versuche mit Seidennähten der Niere angestellt. Die experimentellen und klinischen Erscheinungen, über die er der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft in Parma berichtet, stimmten vollkommen überein. Die Naht erwies sich als unschädlich sowohl bei Thier, wie bei Mensch. Wenn die Seide aseptisch war, wurde sie nicht ausgestoßen, und es traten keine üblen Folgen, wie etwa Fisteln oder andauernde Albuminurie, auf, auch keine Steine, da nur die Rindensubstanz der Niere gefasst war. Zu Nekrosen und Infarkt kam es nicht, dagegen bildete sich eine fibröse Narbe um die Fäden herum, an deren Zustandekommen sich auch die Kapsel, über der die Fäden geknüpft waren, betheiligte. Die Seidennaht ist desshalb der Katgutnaht vorzuziehen.

Dreyer (Köln).

---

9) **Lehder.** Über die Behandlung der Hydrocele testis mit besonderer Berücksichtigung der von Winkelmann angegebenen Operationsmethode. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i/Pr. [Prof. v. Eiselsberg].)

Inaug.-Diss.

Verf. giebt nach einer kurzen Übersicht über die bisher gebräuchlichen Behandlungsarten der Hydrocele einen Bericht über 11 nach der Winkelmann'schen Methode[1] operirte Fälle.

---

[1] Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 44.

Diese Operation wurde an der Königsberger Klinik in 2 Punkten modificirt:

1) Der Hautschnitt wurde möglichst in die Richtung der sichtbaren Gefäße der Tunica gelegt, wodurch die Blutstillung sich wesentlich vereinfachte, und 2) die Befestigung der umgekrempelten Tunica geschah am Samenstrangbindegewebe nicht durch eine, sondern durch 4—5 Nähte.

Der Wundverlauf in den 11 so operirten Fällen war bis auf 2 vollständig glatt, und in diesen 2 Fällen war es bloß zu einigen unbedeutenden Stichkanaleiterungen gekommen.

Die Pat. konnten nach 7—11, durchschnittlich nach 8 Tagen entlassen werden.

In 6 anderen, poliklinisch behandelten Fällen fand die Entlassung schon nach 6—7 Tagen statt. Bei der Entlassung bestand meistens noch mäßiges Ödem des Scrotum, so wie geringe Verdickung und Druckempfindlichkeit des Hodens; die Pat. vermochten aber mit gut sitzendem Suspensorium sich ohne Beschwerden zu bewegen. Die Meisten haben sofort ihre zum Theil schwere Arbeit wieder aufgenommen. Recidive sind auch bei den vor Jahresfrist Operirten nicht aufgetreten.

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Methode Winkelmann's eben so gute Resultate liefert wie diejenige v. Bergmann's und v. Volkmann's, denen beiden sie wegen ihrer Einfachheit aber entschieden vorzuziehen ist.

Durch eine beigegebene Lithographie wird die Schnittrichtung, die Situation der umgekrempelten Tunica und die Befestigung derselben am Samenstrangbindegewebe illustrirt.

Sultan (Königsberg i/Pr.).

---

10) **Duplay.** Tumeur maligne du testicule, diagnostic des tumeurs du testicule.

(Presse méd. 1899. No. 29.)

Verf. bespricht an der Hand eines Falles von doppelseitiger bösartiger Hodengeschwulst die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose, besonders zwischen der chronischen Vaginalitis und den Geschwülsten. Er kommt zu dem Schlusse, dass es in einem gewissen Stadium überhaupt kein sicheres Unterscheidungsmerkmal giebt; weder die anamnestischen Daten, noch irgend ein anderes Kennzeichen, wie Pulsation der Spermatica, Ausbreitung der Hautgefäße, Punktion, Palpation etc., geben sichere Anhaltspunkte für diese oder jene Erkrankung. Es kann die Frage gegebenen Falles nur während der Operation entschieden werden. Wenn in fortgeschrittenen Fällen von Geschwülsten die Lymphdrüsen schon erkrankt sind oder geschwürige Processe den Fall kompliciren, ist die Diagnose leicht. — Trotz der schlechten Prognose aller bösartigen Hodengeschwülste muss doch die Kastration gemacht werden, da immerhin, wenn auch nur eine kleine Zahl, dauernd geheilt werden. Die Kastration ist aber

unbedingt kontraindicirt bei Lymphdrüsenerkrankung, bei Metastasen und beim Auftreten bösartiger Neubildungen an beiden Hoden, besonders wenn es sich, wie meist, um jugendliche Personen handelt.

Tschmarke (Magdeburg).

Kleinere Mittheilungen.

Aus dem Knappschaftslazarett Sulzbach-Saar. Dirigirender Arzt Dr. Brauneck.)

Ruptur und Bruch des Zwerchfells.

Von

Dr. **Bergmann**, Assistenzarzt.

Im Anschlusse an den von Herrn Dr. Weischer in No. 38 Jahrgang 1900 dieses Centralblattes mitgetheilten Fall von Ruptur und Bruch des Zwerchfells möchte ich mir erlauben, einen ähnlichen Fall mitzutheilen, der im hiesigen Lazarett zur Beobachtung und Sektion kam.

Der Hauer E. wurde bei der Arbeit in der Grube Abends um $^1/_2$5 Uhr von herabfallendem Gestein zu Boden geworfen und bis zum Kopfe verschüttet. Er war zuerst bewusstlos, erholte sich aber bald wieder. Erbrechen trat nicht auf. Nach seiner sofortigen Aufnahme ins Lazarett ergab sich folgender Befund:

Pat. klagt über heftige Schmerzen in der Magengegend. Der Puls ist klein und beschleunigt, die Haut ist blass und feucht. Der ganze Körper ist mit zahlreichen oberflächlichen Hautschrunden bedeckt. Über der linken vorderen Brusthälfte befindet sich ein großer Bluterguss, die 6.—10. Rippe sind gebrochen — die 8. an zwei 4 Finger breit von einander liegenden Stellen. Hinten und unten besteht über den Lungen geringe Dämpfung. Die Beckenkompression ist nicht schmerzhaft, ein Beckenbruch nicht nachweisbar. Der entleerte Urin ist frei von Blut. Es besteht starker Hustenreiz. Pat. ist allerdings ziemlich stark kollabirt, doch vermag er bei der Untersuchung sich noch gut aufzusetzen. Gegen Abend tritt einige Mal Erbrechen auf. Die Schmerzen in der Magengegend werden heftiger. Es werden 300 ccm stark blutigen Urins entleert. Die Athmung ist sehr beschleunigt, oberflächlich, bis zu 40 in der Minute. Der Puls ist ebenfalls stark beschleunigt, klein, oft kaum fühlbar. Gegen Mitternacht wird er immer kleiner. Es besteht starkes Durstgefühl. Nachts um $1^1/_2$ Uhr tritt unter zunehmender Herzschwäche der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab folgenden Befund: Die 6., 7. und 8. linke Rippe sind in der Mammillarlinie gebrochen; an der 8. Rippe befindet sich 4 Finger breit nach hinten eine zweite Bruchstelle; an derselben Stelle ist auch die 9. Rippe gebrochen; die 10. Rippe ist in der Mammillarlinie gebrochen. Bei der Eröffnung der Brusthöhle zeigt sich, dass zwei Drittel des Magens (der ganze Fundus) stark aufgebläht in der linken Brusthöhle liegen, die linke Lunge ist nach oben gedrängt, das Herz nach hinten. Ein Einklemmungsring besteht am Magen nicht. Das Gewebe des noch in der Bauchhöhle liegenden Magentheiles ist in der Ausdehnung eines Handtellers blutig verfärbt. In der Mitte dieser Stelle befindet sich eine 3 cm lange, klaffende Wunde der oberen Schichten der Magenwand, aus der die nicht durchtrennten tieferen Schichten hervorquellen. Ähnliche kleinere Verletzungen befinden sich noch dicht daneben und am Pylorus. Die Därme sind stark gebläht und zeigen zahlreiche Suffusionen, eben so ist das Mesenterium stark blutig durchtränkt. Die Darmschlingen sind unter sich, so wie mit dem Magen und dem Zwerchfell leicht verklebt. In der Bauchhöhle befindet sich ungefähr $^1/_2$ Liter dunkles, flüssiges Blut. In der Umgebung der Milz und Pankreasgefäße sind die Blutergüsse im Bauchfell besonders stark. Die Milz ist etwas schlaff, zeigt aber sonst normale Beschaffenheit. Nach Entfernung des Magens aus der Brusthöhle — Reposition in die Bauchhöhle — bemerkt man im Zwerchfell ein

gut faustgroßes Loch, das direkt in den Herzbeutel führt; dicht daneben, an der Stelle, wo das Perikard auf dem Zwerchfell aufliegt, befindet sich ein durch das Perikard gehender und bis ins Zwerchfell reichender, 10 cm langer Riss. Ferner befindet sich ungefähr 3 cm vom Ansatze des Zwerchfells an die 9. Rippe ein für 2 Finger durchgängiger Riss im Zwerchfell. Das Herz selbst ist unverletzt, ohne Besonderheiten. In beiden Brusthöhlen befindet sich je $^1/_4$ Liter Blut. Die rechte Lunge ist an der Spitze adhärent. Die linke Lunge ist durch einige strangförmige Adhäsionen mit der Pleura costalis verwachsen. Das Lungengewebe ist beiderseits von normalem Blut- und Luftgehalt. Im Übrigen bieten die Lungen außer einem geringen Grade von Anthrakosis nichts Besonderes. Nach Herausnahme der rechten Lunge zeigt sich die rechte Zwerchfellkuppe dicht neben dem Mediastinum stark blutig verfärbt, und 6 cm von der Wirbelsäule entfernt befindet sich ein 4,5 cm großer, dreieckiger Schlitz, durch den man in die Bauchhöhle gelangt. Die Leber ist nicht vergrößert. Auf der dem Zwerchfell anliegenden Fläche der Leber befinden sich einige etwa $1^1/_2$ cm tiefe Rupturen, deren größte, bogenförmige, dem höchsten Leberrande parallel verlaufende, fast 15 cm lang ist. Die übrigen, im Ganzen 8 an der Zahl, stehen senkrecht zu der erwähnten Ruptur. Die Gallenblase ist unverletzt und enthält nur wenig Inhalt. Die zunächst gelegenen Leberpartien sind leicht gallig tingirt. Das perirenale Gewebe ist stark blutig durchtränkt. An der Rückseite der rechten Niere befindet sich eine 6 cm lange und 4 mm tiefe Ruptur, auf der Vorderseite eine 3 cm lange eben so tiefe Ruptur, die nach dem Hilus zu verläuft. An der linken Niere ist das untere Drittel durch einen cirkulären, tiefen Riss fast vollständig abgetrennt und hängt nur durch eine stark gequetschte, 1—2 cm dicke Brücke mit der übrigen Niere zusammen. Auf der Vorderseite befinden sich im mittleren Abschnitte 2 größere und einige kleinere, nur die Rinde durchdringende Rupturen. Auf der Rückseite befinden sich parallel der Hauptruptur ein 2,5 cm und ein 1 cm langer oberflächlicher Riss in der Rinde. Sämmtliche Risse, auch die in der Leber, sind mit Blutcoagula bedeckt. Die Blase ist unverletzt; sie enthält ca. 10 ccm blutigen Urins. Die Sektion ergab also Folgendes: Zunächst die während des Lebens festgestellten Brüche der 6.—10. Rippe links, ferner Zerreißungen des Zwerchfells, Verlagerung von $^2/_3$ des Magens in den Brustraum, Leberzerreißungen, Nierenzerreißungen.

Weischer giebt an, dass subkutane Rupturen des Zwerchfells durch intraabdominelle Drucksteigerung außerordentlich selten seien und dass ihm außer dem von ihm selbst beobachteten Falle nur noch einer bekannt sei, der von König erwähnt wird, und dessen Diagnose, die am Lebenden gestellt worden war, nach einigen Jahren durch die Sektion bestätigt wurde. Hingegen fand ich in Tillmanns, Lehrbuch der speciellen Chirurgie Bd. I p. 605 Folgendes: »Verletzungen des Zwerchfells sind nicht selten; sie sind entweder subkutane Verletzungen, z. B. in Folge von Sturz, Stoß oder Quetschungen des Thorax und des Unterleibes, oder offene Wunden, z. B. Stich- und Schussverletzungen. Die subkutanen Rupturen des Zwerchfells entstehen am häufigsten durch Sturz, durch Überfahrenwerden, in seltenen Fällen in Folge starker Muskelanstrengungen bei Geburten, beim Brechakte, besonders bei übermäßig gefülltem Magen. . . . Durch Risse im Zwerchfell können die Unterleibsorgane nach der Brusthöhle dislocirt werden. . . Die meisten sog. Zwerchfellhernien sind im Wesentlichen durch Risse im Zwerchfell bedingt. Sie sind, richtiger gesagt, keine eigentlichen Hernien, sondern traumatisch entstandene Dislokationen der Bauchorgane durch eine Rissstelle im Zwerchfell. Daher haben auch die meisten Zwerchfellhernien keinen Bruchsack; von 276 Zwerchfellhernien waren nach Larcher 248 bruchsacklos.« Im Anschlusse hieran möchte ich gleich bemerken, dass das Fehlen eines Bruchsackes keineswegs ein Kriterium für die traumatische Entstehung einer Zwerchfellhernie ist; denn unter 80 Fällen von angeborenen Zwerchfellhernien fand Bohn nur 14mal einen Bruchsack.

In unserem Falle war die Ruptur des Zwerchfells nicht die einzige Folge der Verletzung; es fanden sich außer den Rippenfrakturen auch noch bedeutende Ver-

letzungen der Baucheingeweide, durch welche auch der baldige Tod des Pat. hervorgerufen wurde. Und eben diese Verletzungen der Baucheingeweide sprechen dafür, dass die Zwerchfellruptur durch eine intraabdominelle Drucksteigerung hervorgerufen wurde. Während Popp unter 42 Zwerchfellhernien nur 5 rechtsseitige und 37 linksseitige beobachtete und daraus, eben so wie Albert (Lehrbuch der Chirurgie Bd. III), den Schluss zieht, dass die rechtsseitige Zwerchfellkuppe durch die Leber geschützt werde, und Rupturen in ihr desshalb seltener seien, und auch Merkel die Rupturen der rechten Zwerchfellkuppe als viel seltener ansieht — nach ihm ist das Verhältnis 1 : 5 —, da die Leber die Gewalt des abdominellen Druckes aufnehme und abgeschwächt weitergebe, so beweist unser Fall in diesem Sinne nichts; denn sowohl die rechte, als auch die linke Zwerchfellhälfte sind eingerissen. Ich fand in der mir zugänglichen Litteratur nur einen Fall von isolirter Ruptur der rechten Zwerchfellkuppe (Laditsch, Prager med. Wochenschrift 1899 No. 28): Ein Maurer war vom 2. Stockwerk herab auf die rechte Seite gestürzt und starb nach 20 Minuten. Die Sektion zeigte einen 12 cm langen Riss in dem Muskelabschnitte der rechten Zwerchfellhälfte. Eine Hernie bestand in unserem Falle allerdings nur links, denn der in seiner Gestalt leicht veränderliche Magen konnte eher mit einem Theile durch den Zwerchfellriss hindurchtreten, als die kompakte Leber.

Unter den klinischen Erscheinungen, die unser Fall bot, trat Anfangs besonders der Schmerz in der »Magengegend« in Erscheinung, ein Symptom, welches stets bei mehr oder weniger großen Rissen im Zwerchfell bestehen soll. Auch die oberflächliche Athmung war wohl zum Theil durch die Verletzungen des Zwerchfells bedingt, zum anderen Theil aber durch die Rippenfrakturen veranlasst. Das gegen Abend auftretende Erbrechen ist nur als eine Folge der Reizung des Magens durch die Verlagerung und Zerrung, und nicht als ein Incarcerationssymptom anzusehen; denn bei der Sektion ließ sich kein Einklemmungsring am Magen bemerken. Die Kleinheit des Pulses war eine Folge des Blutverlustes resp. des Choks, das stetige Kleinerwerden des Pulses eine Folge der langsamen inneren Verblutung; denn in der Bauchhöhle fand sich $1/2$ Liter Blut, in jeder Pleurahöhle $1/4$ Liter. Außerdem bestanden noch die Blutergüsse an der Niere und der Leber. Dieser starke innerliche Blutverlust kam auch in dem starken Durstgefühl, das den Pat. plagte, zum Ausdruck. Die Verlagerung des Magens in die Brusthöhle wurde am Lebenden nicht erkannt, denn eine genaue perkussorische Untersuchung der Vorderseite der linken Brustwandung war wegen der hochgradigen Schmerzhaftigkeit derselben in Folge der zahlreichen Rippenfrakturen unmöglich. Auf der Rückseite ergab die Untersuchung beiderseits eine geringe Dämpfung, die durch den bestehenden Hämatothorax bedingt war. Die Verlagerung des Magens ließ sich hier nicht nachweisen, da er ja noch vor dem Herzen lag.

Auf die Therapie der Zwerchfellhernien, besonders die Laparotomie, gehe ich nicht näher ein. Nur über die Prognose möchte ich noch Einiges bemerken. Dieselbe hängt, abgesehen von den Fällen, in denen es sich um eine Incarceration der durch das Zwerchfell getretenen Baucheingeweide handelt, vorzugsweise von den Nebenverletzungen ab. Am häufigsten soll, wie auch Tillmanns angiebt, der Tod unmittelbar oder kurze Zeit nach der Verletzung in Folge von Nebenverletzungen eintreten, sei es nun durch innere Blutung oder durch Peritonitis nach Darmzerreißung. In unserem Falle trat der Tod wahrscheinlich in Folge der konstatirten Nebenverletzungen und der durch sie veranlassten inneren Verblutung ein.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass, wenn ich auch im Vorhergehenden den Ausdruck »Zwerchfellhernie« für das Austreten von Baucheingeweiden ohne peritonealen Bruchsack in die Brusthöhle gebraucht habe, ich mir des darin liegenden Fehlers wohl bewusst war; aber da auch Tillmanns keinen Anstoß daran nimmt, derartige Verlagerungen als Hernie zu bezeichnen, so behielt auch ich diesen Ausdruck bei. In No. 33 Jahrgang 1894 der Deutschen med. Wochenschrift wird eine derartige Hernie von Neumann einmal als »Hernia diaphragmatica spuria« bezeichnet. Vielleicht wäre es zweckmäßig, derartige Verlagerungen

von Baucheingeweiden in die Brusthöhle ohne peritonealen Bruchsack als Pseudohernie zu bezeichnen. Ich weiß allerdings nicht, ob ein derartiger Vorschlag schon von anderer Seite gemacht worden ist.

---

11) XIII. Internationaler medicinischer Kongress zu Paris vom 2. bis 9. August 1900.

Aus der Sektion für Chirurgie.

(Nach dem Bericht in Revue de chirurgie 1900. Hft. 9.)

F. B. Turck (Chicago): Soins à donner aux patients au cours des interventions chirurgicales, et moyens de les préserver du choc opératoire et de l'infection.

Zur Vermeidung der Infektion durch Hautkeime bei Laparotomien wird Bedeckung des Operationsfeldes mit einer Kautschukdecke empfohlen. Außerdem sollen zur Vermeidung des Choks mit 48° heißem Wasser gefüllte Kautschuksäcke in die Bauchhöhle eingebracht werden, event. mit einer Cirkulationsvorrichtung, so dass die Temperatur immer auf etwa 50° gehalten werden kann. Sie sollen $1/2$—1 Stunde liegen bleiben.

Impfversuche mit Keimen, welche aus Bakterien der menschlichen Bauchhaut gezüchtet waren, ergaben, dass Infektion und Chok bei den in angegebener Weise behandelten Thieren ausblieben. Die gleiche Methode wurde auch beim Menschen in zahlreichen Fällen mit gutem Erfolge angewandt.

F. Lejars (Paris): Sur le traitement des plaies infectées.

1) Frische, inficirte Wunden, bei welchen sich die Infektion noch nicht in der Form von lokaler oder allgemeiner Reaktion äußert. Zu dieser Kategorie rechnet Vortr. sämmtliche accidentellen Wunden. Die Schnelligkeit der Absorption der Wundfläche ist verschieden nach Art und Menge der Keime und dem Zeitraume, seit welchem sie mit der Wunde in Kontakt stehen. Es ist unmöglich, alle Keime in der Wunde zu zerstören. Die Desinfektion muss eine mechanische sein, event. durch Debridement und Excision unterstützt, die Integrität der lebenden Zelle und ihre natürlichen Vertheidigungskräfte nicht verletzend; sie geschieht am besten mit sterilem Wasser und künstlichem Serum. Nicht die Natur der Flüssigkeit, sondern die Art der Anwendung bedingt den praktischen Erfolg. Antiseptische Flüssigkeiten in einer Verdünnung, bei welcher die lebende Zelle nicht geschädigt wird, wirken thatsächlich nicht anders als rein mechanisch. Der Verband soll aseptisch, absorbirend, abschließend, immobilisirend sein, also gleichfalls rein physikalisch wirken.

2) Inficirte Wunden mit lokaler und allgemeiner mehr oder weniger ausgeprägter Reaktion. a. Klinische Erscheinungen einer frischen Infektion ohne Eiterung. b. Ausgesprochene Wundeiterung.

In beiden Fällen ist die specifische Serotherapie die Methode der Zukunft. Lokal: Reinigung der Wundoberfläche, Begünstigung der Exosmose und Verhütung der Stagnation durch Drainage in gleicher Wirkungsweise wie bei den Wunden der 1. Kategorie. Bei gewissen fauligen und brandigen Formen ist das Wasserstoffsuperoxyd sehr wirksam.

3) Inficirte Wunden mit schwerer allgemeiner Infektion. Die Wirkung der Serotherapie, auch des Antistreptokokkenserums, wird hier zweifelhaft. Vortr. empfiehlt die Anwendung großer Dosen, außerdem ausgedehnte, rücksichtslose Lokalbehandlung und Unterstützung der natürlichen Vertheidigungsmittel des Organismus durch die künstliche Serotherapie (Kochsalzlösungen), durch welche der Blutdruck gehoben und die Diurese befördert wird.

O. Bloch (Kopenhagen): Le traitement des plaies infectées.

Vom praktischen Standpunkte aus muss jede Wunde, ohne irgend eine Ausnahme, als inficirt angesehen werden. Die Infektion und ihre Folgen kommen zu Stande durch Retention des mikrobenhaltigen Wundsekretes. Die Wund-

behandlung hat daher 2 Ziele: 1) die Vernichtung der Mikroben und ihrer Produkte durch Antiseptica; 2) die Vermeidung der Wundsekretverhaltung durch Drainage. Jede Wunde soll antiseptisch behandelt werden. Die Karbolsäure ist das beste Antisepticum. Der Verband soll steril sein und zugleich antiseptisch wirken, wenigstens zur Zeit der Anlegung. Er soll hydrophil sein und die Luft filtriren. Den inneren antiseptischen Heilmitteln und der Serotherapie steht Vortr. skeptisch gegenüber.

Braquehaye (Tunis): De la nirvanine en chirurgie.

Das Nirvanin, ein Derivat des Orthoforms, ist in Wasser löslich, antiseptisch, sterilisirbar und wenig toxisch. Anwendung in 3%iger Lösung in der Form von Pinselungen, sub- und intrakutanen Injektionen. Bei 100 Operationen der ver-schiedensten Art, meist in der Form von subkutanen Injektionen, wurde nach 5 bis 10 Minuten lokale Anästhesie von mehr als halbstündiger Dauer erzielt. Die Anästhesie ist ungenügend in entzündlichem und Narbengewebe.

Tuffier (Paris): De l'anesthésie médullaire par injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Die Anästhesie beginnt mit Prickeln und Ameisenlaufen in den Beinen, dann folgt gewöhnlich Gefühl von Schwere im Epigastrium, Angstgefühl, Übelkeit, seltener Erbrechen, sodann Gesichtsblässe, Schweißausbruch, Pulsbeschleunigung. In den ersten Stunden nach der Anästhesie ist das Erbrechen häufiger, hört aber gewöhnlich nach kurzer Zeit auf. Kopfschmerzen in 95% der Fälle, meist leichter Art und am Tage nach der Operation verschwindend. Eine Temperatursteigerung bis zu 39° am Abend des Operationstages tritt häufig ein.

Bei den 126 Operationen des Vortr. waren alle Nebenerscheinungen im Allgemeinen leicht und am Tage nach der Operation geschwunden. T. empfiehlt daher die Methode zu ausgedehnterer Anwendung.

M. Severeanu (Bukarest): De l'anesthésie par les injections de chlorhydrate de cocaïne dans le canal vertébral.

70 Operationen verschiedenster Art. Dosis 1—4 cg. Ernstere, 2—3 Tage andauernde Nebenerscheinungen waren häufig, aber durch Koffeïn und Einspritzungen künstlichen Serums leicht zu bekämpfen. Meist jedoch waren die Nebenerscheinungen leicht und kurzdauernd.

Racoviceanu (Bukarest): Anesthésie par injection de cocaïne dans le canal médullaire.

125 Operationen; 4mal wurde keine Anästhesie erreicht, in 2 Fällen war sie sehr vorübergehend. 83mal traten Nebenerscheinungen auf, meist leichter, einige Male jedoch schwerer Natur mit Neigung zu Synkope. R. hält die Methode für minderwerthig gegenüber der gewöhnlichen Narkose.

Nicolletti (Neapel): Recherches expérimentales et histo-pathologiques sur l'anesthésie médullaire au moyen d'injections de chlorhydrate de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Thierversuche zur Feststellung, wie und in welcher Ausdehnung das Cocain im Rückenmarkskanale wirkt, so wie, ob histologische Veränderungen an den Nervenelementen auftreten. Letztere fanden sich nicht. Die Wirkung des Cocains ist eine vasomotorische, zunächst konstriktorische, sodann dilatatorische. Hierdurch kommt es zu Ernährungsstörung im Marke und in Folge dessen zu Funktionsstörung, die sich u. A. in der Form von Anästhesie äußert. Vortr. erreichte daher mit anderen vasokonstriktorisch wirkenden Mitteln, wie Ergotin, Chinin, Antipyrin, bei gleicher Anwendungsweise ebenfalls Anästhesie. Die Ausdehnung der Wirkung ist je nach der Dosis und der Einspritzungsstelle verschieden.

7 Operationen am Menschen mit nur leichten Nebenerscheinungen.

Michaux (Paris): Un nouveau procédé d'hémostase.

Demonstration eines Instrumentes, welches ähnlich wie bei der Broschirung mit Metallheften durch einfachen Händedruck erlaubt, an einem vorher gefassten Blutgefäße schnell und sicher eine Silberdrahtligatur anzulegen. In 12 Fällen, darunter 5 große Amputationen und 2 Ovariektomien, gelang mit dieser Methode

äußerst schnelle Blutstillung. Fast alle Unterbindungen heilten ein, ohne Beschwerden zu machen.

O. Vulpius (Heidelberg): Sur la transplantation des tendons et ses succès dans le traitement des paralysies.

Bericht über 160 Operationen des Vortr. Die »absteigende« Methode (Vernähung des peripheren Endes der durchschnittenen Sehne mit einem benachbarten gesunden Muskel) wird vom Vortr. bevorzugt. Indikationen: Verletzungen der Muskeln, Sehnen und Nerven, spinale Lähmungen, besonders die Kinderlähmung, ferner Paralysis infantilis cerebralis, Hemiplegia apoplectica, Little'sche Krankheit.

Erfolge: Verbesserung der Stellung, Rückkehr zu mehr oder weniger normaler, aktiver Beweglichkeit wurde in allen Fällen erreicht. Je umschriebener das Lähmungsgebiet, um so besser der Enderfolg. Bei spastischen Lähmungen schwindet gleichzeitig der Spasmus. Am Unterschenkel sind die Erfolge besser, als am Vorderarme. Vollkommene Misserfolge und Recidive sind mit zunehmender Erfahrung und Verbesserung der Technik immer seltener geworden.

Chipault (Paris): L'élongation des nerfs dans la cure des troubles trophiques: mal perforant, ulcère variqueux, etc.

Mehr als 100 Beobachtungen. Vortr. kombinirt die Dehnung der zugehörigen Nerven mit der entsprechenden Lokalbehandlung: Abkratzen bei Geschwüren, Abtragung der Ränder und wo möglich Vernähung.

Péraire (Paris) bestätigt die günstigen Erfahrungen Chipault's. In 2 Fällen von Dehnung der Plantarnerven wegen Mal perforant wurde Heilung (seit 3 Jahren andauernd) erzielt.

J. L. Faure (Paris): Sur le traitement chirurgical du cancer.

Vortr. hat bei sehr weitgehenden Indikationen zur Operation folgende Resultate erzielt: 93 Fälle mit 20% Heilungen seit 12—47 Monaten, darunter 2 Fälle schwerer Erkrankung des Oberkiefers und Mundbodens, welche nach 25, resp. 40 Monaten an einer interkurrenten Krankheit tödlich endeten.

M. Lang (Wien): Résultats de l'extirpation du lupus.

Vortr. berichtet über 46 mit Exstirpation behandelte, dauernd geheilte Fälle. Beobachtungsdauer in 11 Fällen bis zu 1 Jahre, in 17 Fällen bis zu 2 Jahren, in 18 Fällen bis zu 7 Jahren. Die Exstirpation ist immer angezeigt, so fern es überhaupt möglich ist, den Krankheitsherd radikal zu entfernen. Demonstration von 10 geheilten Kranken, so wie von 38 Bildern, welche die nothwendig gewordenen plastischen Operationen veranschaulichen.

Finsen (Kopenhagen): Traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés.

Die Behandlung beruht auf der Eigenschaft des Lichtes: 1) die Haut zu durchdringen, 2) eine Hautentzündung zu erzeugen, 3) keimtödtend einzuwirken. Lichtquelle: elektrisches Licht und Sonnenlicht, durch die Apparate des Vortr. koncentrirt, unter Ausschließung der thermischen Strahlen.

Die nächste Folge der Hautbestrahlung ist umschriebene Röthung und Bläschenbildung. Lupus wird unter Hinterlassung einer sehr guten, nicht pergamentartigen Narbe allmählich zum vollständigen Verschwinden gebracht. Dauer der Behandlung mindestens $4^1/_2$ Monate. Nebenwirkungen sind nicht vorhanden, die Bestrahlung ist schmerzlos, das kosmetische Resultat ein sehr gutes.

Péraire (Paris): Trépanation pour traumatismes anciens de la région crânienne.

Fall I. Trauma vor 7 Jahren, jetzt Trepanation wegen cerebraler Störungen, Entleerung eines Hirnabscesses. Heilung mit Aufhören der Beschwerden.

Fall II. Vor 12 Jahren Revolverschuss, jetzt Trepanation aus gleicher Indikation wie bei Fall I. Entfernung des durch Röntgenstrahlen festgestellten Geschosses. Völlige Heilung.

J. Molinié (Marseille): Evolution des mastoïdites non opérées.

Aus 73 überhaupt nicht oder erst sehr spät oder ungenügend operirten Fällen von Entzündungen des Warzenfortsatzes zieht M. folgende Schlüsse:

1) Die akute Mastoiditis kann spontan oder unter Anwendung von Medikamenten dauernd heilen (14 Fälle).

2) Die Erkrankung kann in sehr seltenen Fällen mit spontanem Durchbruche nach außen ausheilen (1 Fall). Fast immer bleibt in diesen Fällen eine Fistel zurück.

3) Die nach dem Gehirn zu perforirte Mastoiditis mit Eiterumspülung des Sinus heilte in einem Falle nach spontanem Durchbruche des Nackenabscesses aus.

4) Fistulöse Mastoiditis kann schließlich mit Epidermisirung des Fistelganges (1 Fall) oder narbigem Verschlusse (1 Fall) ausheilen.

5) In den übrigen 55 nicht oder ungenügend operirten Fällen trat keine Heilung ein. 7 starben an meningitischen oder pyämischen Hirnerscheinungen, 5mal Ausgang in Cholesteatom, 11mal bleibende Fistel, 32mal Entwicklung der chronischen Form, und zwar: a. chronische, granulirende Entzündung des Antrum mit Verdickung (Sklerosirung) des Knochens in der Umgebung des Antrum; b. diffuse, latente Mastoiditis: trotz wenig ausgesprochener Erscheinungen oft schwere anatomische Veränderungen: die vergrößerten Zellen mit Granulationen und Sequestern ausgefüllt.

Demnach ist die Prognose der sich selbst überlassenen Mastoiditis eine sehr zweifelhafte.

F. Krause (Altona): 24 résections intracrâniennes du trijumeau et leurs résultats.

24 Exstirpationen des Ganglion Gasseri bei Pat. im Alter von 30—72 Jahren mittels der temporalen Methode des Vortr. 2 Todesfälle, einer in Folge von Collaps, einer 6 Tage nach der Operation in Folge von Herzinsufficienz. 2 Heilungen seit 7½ Jahren beobachtet; 2 nach 6 Jahren, 1 nach 5, 1 nach 4½ Jahren noch gesund und recidivfrei.

Chipault (Paris): Résection du ganglion de Gasser.

2 Heilungen seit 2½ resp. 1 Jahre. Den schweren und schwierigen Eingriff (Operation nach Krause) suchte Vortr. zu ersetzen durch die periphere, totale Trigeminusresektion und besonders durch Resektion des oberen Ganglion des Halssympathicus: 3 Erfolge.

J. Joseph (Berlin): a. Hypertrophie de l'oreille gauche.

b. Sur la réduction de volume du nez par opération.

Eine Reihe (zum Theil bereits mitgetheilter) Operationen zur Verkleinerung abnorm großer und abstehender Ohren. Technik: Große Keilexcision aus dem oberen Theile der Ohrmuschel, eben so aus dem Ohrläppchen, sodann zur Verkleinerung der Breite der Ohrmuschel 2 weitere Keilexcisionen von den Rändern der erstgenannten Excision aus nach oben und unten. Sodann Entfernung eines Hautstückes entlang dem hinteren Ansatze des Ohres am Schädel (zur Beseitigung des Abstehens). Exakte Naht sämmtlicher Wunden.

Weiterhin Bericht über 8 kosmetische Operationen bei Nasendeformitäten: 1) Sehr starke Vergrößerung und zu stark ausgeprägte Adlernase. 2) Entenschnabelform der unteren Nasenhälfte. 3) Keulige Auftreibung der Nasenspitze. 4) »Kartoffelnase«. 5) Zu stark vorspringende und spitze Nase (nez de polichinelle). 6) und 7) Zu lange und buckelige Nase. 8) Zu groß geformte Nase. Der kosmetische Erfolg war in allen Fällen ein guter.

Le Fort (Lille): Fractures de la mâchoire supérieure.

Experimentelle Studie über Oberkieferbrüche. Die Brüche sind auch bei Fehlen äußerer Anzeichen oft sehr ausgedehnt, Dislokation und Beweglichkeit der Fragmente relativ selten. Die Processus pterygoidei und die seitlichen Partien des Siebbeines sind gewöhnlich gleichzeitig gebrochen, dagegen bleibt die Schädelbasis unversehrt. Gesichtstraumen haben die Neigung, Gesichtsschädel und Hirnschädel durch einen großen transversalen Riss von der Nasenwurzel bis zum Hinterhauptsloche zu trennen. Am häufigsten entsteht der Bruch des Alveolarfortsatzes mitsammt dem harten Gaumen und den Keilbeinfortsätzen, manchmal durch einen von vorn nach hinten und etwas seitlich von der Mittellinie verlaufenden Riss in

2 Theile getrennt. Ein zweites Bruchstück bildet der Oberkieferkörper selbst, ein drittes der Nasenfortsatz, oft bis zum Nasenbeine reichend.

Morestin (Paris): Le cancer de la joue.

12 Fälle von primärem Wangenkrebs. In 10 Fällen ging die Geschwulst von der Schleimhauttasche seitlich vom Unterkiefer und vom Zahnfleische aus, von hier auf die Schleimhaut der Wange übergreifend. Die Schleimhauttasche des Oberkiefers und der Mundboden blieben gewöhnlich unversehrt. Von den 12 Fällen waren 7 inoperabel. Von den 5 Operirten (Entfernung der Geschwulst, der entsprechenden Kieferpartie und des submaxillaren Drüsenpacketes im Zusammenhange) starb einer am Tage der Operation, drei erlagen nach 3—8 Monaten einem Recidiv, der letzte konnte nicht länger beobachtet werden.

Cunéo et Veau (Paris): Sur la pathologie des tumeurs mixtes parabuccales.

Die bisherigen Erklärungstheorien dieser Geschwülste — aus Drüsengewebe (Frankreich) und aus Bindegewebe (Deutschland) — genügen nicht. Versuche an Embryonen, welche am 2. und 3. Kiemenbogen Einschlüsse dieser Bögen aufwieser, führten Verff. zu der Ansicht, dass die Parabuccalgeschwülste gemischter Natur sind, weder rein bindegewebig, noch rein epithelial; man findet in ihnen myxomatöse Partien und Knorpel. Bericht über 13 parabuccale und 7 cervicale Mischgeschwülste.

Jonnesco (Bukarest): La résection du sympathique cervical.

Bericht über 126 doppelseitige cervicale Sympathikektomien, theils mit Entfernung aller 3 Ganglien, theils nur des oberen und mittleren, oder allein des oberen, in 2 Fällen sogar des obersten Brustganglions. Es wurde operirt: 97mal wegen Epilepsie, 15mal wegen Basedow'scher Krankheit, 12mal wegen Glaukom, in 2 Fällen wegen essentieller Migräne.

Die Verletzung der Spinalnerven und des Plexus cervicalis muss vermieden werden, die doppelseitige Operation wird in einer Sitzung ausgeführt. Spätere Störungen, speciell trophische, treten niemals auf.

Von 49 in den Jahren 1896—1898 operirten Epileptikern sind zur Zeit 12 geheilt und dauernd recidivfrei geblieben, 4 sehr gebessert. Ein augenblicklicher Erfolg der Operation kann im Laufe der Zeit zu einem Misserfolge werden und umgekehrt.

Die bisher operirten Fälle von Basedow'scher Krankheit sind sämmtlich geheilt oder sehr gebessert, unter 16 Fällen 6 Dauerheilungen (seit 2 Jahren). Bei den Glaukomfällen sind die Erfolge sehr ermuthigend, eben so bei der Migräne (noch zu kurz beobachtet).

Chipault (Paris): Résection du sympathique cervical.

40 Fälle. Eine Cachexia sympathicopriva kommt nicht vor. Das ganze Ganglion cervicale superius muss immer mit entfernt werden. 26 Fälle von Epilepsie mit 3 dauernden Heilungen, 2 von Basedow'scher Krankheit, beide geheilt; 7 Glaukome, 6 Besserungen. 1mal ophthalmische Migräne mit vorübergehendem Erfolge, 1mal Torticollis spasmodicus mit dauernder Heilung, 3mal Gesichtsneuralgie mit gutem Erfolge.

F. Semon (London): Les indications de la thyrotomie.

Die Spaltung des Schildknorpels ist, wenn die intralaryngeale Methode, Dilatation, Intubation etc., aus irgend welchen Gründen nicht in Betracht kommt, indicirt:

1) bei Fremdkörpern im Kehlkopfe, 2) Kehlkopfwunden (Frakturen, Schussverletzungen, Stichwunden etc.), 3) Laryngocele, 4) Kehlkopfstenosen (besonders bei Excision von Geschwülsten), 5) Perichondritis (in seltenen Fällen), 6) Tuberkulose, 7) Sklerom, 8) gutartigen Neubildungen, 9) bei bösartigen Neubildungen, welche sicher auf das Kehlkopfinnere begrenzt geblieben sind.

M. E. Schmiegelow (Kopenhagen): Technique de la thyrotomie.

Als Voroperation Tracheotomie und Einführung einer Hahn'schen Tamponkanüle. Nach Spaltung des Schildknorpels Cocainisirung der Schleimhaut. Jodo-



formirung der Schleimhautwunde. Nach Schluss der Knorpelwunde sofortige Entfernung der Kanüle.

Voïnitch-Sianojentzky (St. Petersburg): Péricardotomie à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen.

Die Eröffnung des Perikards durch einen vom Tuberculum des Ansatzes der 6. Rippe an das Brustbein ausgehenden, quer zum Ansatze des Rectus verlaufenden Schnitt ist leicht auszuführen und entspricht genau der Richtung der anatomischen Achse des vorderen Mediastinum. Daher werden Pleuraverletzungen vermieden.

Nanu (Bukarest): Un cas de plaie de coeur, traité par la suture.

Messerstichverletzung der Herzgegend mit Einstich im 3. Interkostalraume, 4 cm vom Sternalrande entfernt. Ausgesprochene Erscheinungen einer Herzverletzung, Herztöne nicht mehr hörbar. Verlängerung der Wunde bis zur Mitte des Brustbeines, Bildung zweier Lappen durch einen zum 1. Schnitte senkrecht geführten, Resektion des 2.—4. Rippenknorpels. Es fand sich eine Pleuraverletzung und eine stark blutende Perikardverletzung. Erweiterung der letzteren Wunde: In der Nähe der Herzspitze eine 2 cm große, den (welchen?) Ventrikel eröffnende Wunde. Das Herz wurde mit der linken Hand gefasst und fixirt, die Wunde mit 3 Katgutknopfnähten geschlossen. Blutstillung vollkommen. Schluss der Perikardwunde, Drainage der Pleurawunde. Dauer der Operation 1½ Stunde. Tod am 5. Tage p. op. Obduktion: Die verletzte Pleurahöhle mit faulig riechender, blutig-seröser Flüssigkeit angefüllt. Rechter Ventrikel voll von Blutgerinnseln, Ventrikelscheidewand injicirt und mit dicken Pseudomembranen bedeckt. Die Ränder der Herzwunde liegen gut an einander.

A. R. Hernandez (Mexiko): Un cas de ligature du tronc inominé suivi de guérison.

Verletzung der Carotis communis dextra (Stich?). Wunde klein; starke Blutung, provisorische Stillung derselben durch energische Tamponade, sodann Unterbindung der Art. anonyma nach Farabeuf. Heilung. Eine zur Zeit bestehende pulsirende Vorwölbung, entsprechend einer konischen Erweiterung des Gefäßes unterhalb der Unterbindungsstelle, soll, falls Störungen eintreten, durch Gelatineeinspritzungen bekämpft werden.

Keen (Philadelphia): Relation d'un cas de ligature de l'aorte abdominale.

Operation eines unter dem Zwerchfell sitzenden Aortenaneurysmas bei einem 52jährigen Manne. Unterbindung des Gefäßes mit 4 sehr starken Seidenfäden oberhalb des Abganges der Nierenarterien. Die Cirkulation in diesen und den Femoralarterien stellte sich wieder her. Pat., anscheinend geheilt, stand auf. Am 48. Tage nach der Operation Tod unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Obduktion: Der Unterbindungsfaden hatte die Gefäßwand völlig durchtrennt, daher sekundäre Hämorrhagie. Nieren intakt.

Von 12 ähnlichen Fällen in der Litteratur endeten 10 innerhalb der beiden ersten Tage nach der Operation tödlich, einer lebte noch 10 Tage, einer 39 Tage.

Mohr (Bielefeld).

(Fortsetzung folgt).

---

12) C. H. Whiteford. One thousand consecutive inductions of general anaesthesia.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. September.)

Bericht über 1000 allgemeine Narkosen. Bei cyanotischen Pat. mit Lungenaffektionen bewährte sich oft die gleichzeitige Darreichung von Sauerstoff und Chloroform. Äthernarkosen wurden immer mit Lachgas oder Chloroform eingeleitet. V. sah in mehreren Fällen bei Personen, welche regelmäßig narkotisirten und also täglich kleine Mengen der Anästhetica einathmeten, eine mehr oder weniger starke »Immunität« gegen Narkotica eintreten, falls sie selber narkotisirt werden mussten.

Mohr (Bielefeld).

13) **Nehrkorn.** Beitrag zur Purpura haemorrhagica. (Aus der chir. Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 40.)

Sehr schwerer, innerhalb 4 Tage tödlich verlaufener Fall von Purpura haemorrhagica mit vielfältiger Pustelbildung, heftigen Schleimhautblutungen und rapidem Kräfteverfall. Die Sektion ergab auffallende Enge der Aorta, ausgedehnte Blutungen in Haut, Muskulatur, in alle inneren Organe, parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis etc. Im Pustelinhalte wurde intra vitam Staphylococcus aureus gefunden. **Kramer** (Glogau).

14) **Wolff.** Zwei Fälle von sehr ausgedehnter halbseitiger Angioelephantiasis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Der 1. Fall betrifft einen 45jährigen Mann, welcher seit Geburt an der rechten unteren Extremität und an der rechten Beckengegend starke Krampfadern hatte. Im 10. Lebensjahre entstand angeblich nach einem Sturze eine Wunde im Bereiche der Varicen, seitdem wurde eine allmähliche Schwellung der Extremität beobachtet. Die Haut zeigt, 2 Finger breit unterhalb des rechten Rippenbogens beginnend, eine kontinuirliche angiomatöse Veränderung, die genau in der Mittellinie abschnitt, nach hinten bis zur Glutaealfalte reichte und nach vorn auf Glied und Vorhaut überging, gleichfalls auf der rechten Seite lokalisirt war. Die Haut des Oberschenkels war, ausgenommen geringe freie Inseln, im ganzen Umfange angiomatös verändert, eben so die Kniegelenksgegend und der Unterschenkel bis hinab zum Fußgelenke. Der Kranke starb; die Sektion ergab: Thrombophlebitis venae femoralis d., Embolia pulmonis d. multiplex, Oedema pulmonum, Cholelithiasis, Icterus universalis, Ulcera cruris d.

Der 2. Fall betraf einen 65jährigen Landarbeiter, bei welchem die Erkrankung die Haut des rechten Armes und der rechten Brust- und Halshälfte bis zur Haargrenze hinauf angiomatös verändert hatte.

Die 1. Beobachtung W.'s ist von Interesse durch die halbseitige Lokalisation, die große Ausdehnung und dadurch, dass das Leiden zur Todesursache für den Kranken wurde. W. richtete bei Durchsicht der Litteratur sein Augenmerk darauf, ätiologische Momente für das Auftreten von halbseitigen Gefäßgeschwülsten zu finden, doch ließen ihn in dieser Richtung die meisten publicirten Fälle im Stiche. Nur bei 2 derselben bestanden Symptome, die auf eine Betheiligung des Nervensystems hindeuten, ohne jedoch sichere Schlüsse über die Art der nervösen Störung ziehen zu lassen. **Gold** (Bielitz).

15) **R. Bernhardt.** Der Bacillus des grünen Eiters in den Harnwegen.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 3.)

Bei einem 63jährigen Manne, der wegen Prostatahypertrophie, Cystitis und Pyelonephritis chronica und Epididymitis acuta dextra aufgenommen worden war, fanden sich im Urin Bacillen, welche zur Pyocyaneusgruppe gerechnet werden mussten; der Urin war graugrün, sehr trüb, roch scheußlich. [Bei der Sektion wurden Abscesse in der Niere nachgewiesen; bakteriologisch fanden sich Stäbchen in Niere, Blase, Prostata und Nebenhoden. Die Thierversuche ergaben im Wesentlichen negative Resultate; nur bei vorher geschädigter Blase trat eine Entzündung durch Injektion der Bakterien ein. B. kommt zu dem Schlusse, »dass der von ihm gezüchtete Bacillus des grünen Eiters keine Eiterung verursacht hatte«, sondern dass diese wahrscheinlich durch andere Mikroorganismen, z. B. Staphylokokken, bedingt war, und dass die Bacillen des grünen Eiters nur eine Sekundärinfektion bedingt hatten; die pyogenen Bakterien seien zu Grunde gegangen — der Bacillus pyocyaneus wucherte in den Eiterherden nur wie ein Fäulnisparasit weiter. (Die Verallgemeinerung dieser Anschauung, welche durch negative Thierversuche wohl nicht genügend gestützt werden kann, ist jedenfalls nicht berechtigt. Ref.)

Jadassohn (Bern).

16) **H. Curschmann.** Über Cystitis typhosa. (Aus der med. Klinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

Obwohl in 15—30% aller Typhusfälle die specifischen Bacillen auch durch den Harn der Pat. ausgeschieden werden, kommt es doch selten zu einer sekundären Erkrankung der Harnwege, speciell der Blase. C. theilt 3 derartige Fälle von eitrigem Blasenkatarrh in Folge von Infektion der Blase allein durch den Eberth'schen Bacillus mit; die Cystitis begann im Stadium der Entfieberung. Die Bacillen wurden in dem sauer gebliebenen Urin in Reinkultur nachgewiesen und waren in dem einen Falle auch noch nach Ablauf der Cystitis im absolut klaren Harn vorhanden. Die Dauer der Blasenaffektion betrug 26 Tage, $1^1/_4$ und 4 Monate. Vor dem Auftreten derselben bestand bei Fehlen von Formelementen eine leichte Albuminurie, sei es als Folge des Fiebers, sei es durch den Durchtritt der Bacillen durch die Nieren veranlasst. Die klinischen Erscheinungen der Cystitis waren nicht erheblich. Für die Behandlung reichten in 2 der Fälle Fachinger Wasser, Salol und Fol. uv. urs. aus; im 3. Falle wurden Blasenspülungen mit schwacher Höllensteinlösung nothwendig. Von Smith wird Urotropin als Specificum gegen die Cystitis typhosa gerühmt. **Kramer** (Glogau).

17) **J. Holpern.** Ein Fall von Cystitis bei einem 2jährigen Kinde.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

Über die Cystitis im Kindesalter sind wir erst seit den Untersuchungen Escherich's und Trumpp's etwas besser unterrichtet. H. berichtet über einen Fall, bei welchem die Cystitis eines 17 Monate alten Mädchens nicht durch Bacterium coli bedingt war (eine genaue bakteriologische Untersuchung scheint nicht vorgenommen worden zu sein). Abgesehen von den (die Erkältung und die durch sie bedingte Verminderung der Schutzkraft der Blase in Betracht ziehenden) theoretischen Erörterungen ist als praktisch wichtig hervorzuheben, dass Instillationen 1—2‰iger Argentum nitricum-Lösungen einen subjektiv und objektiv sehr günstigen Erfolg hatten und (entsprechend der Lehre Guyon's) Blasenspülungen vorzuziehen seien. **Jadassohn** (Bern).

18) **O. G. Ramsay.** A case of myoma of the bladder.

(Philadelphia med. journ. 1900. Juli 7 u. 14.)

Bei einer 38jährigen Frau, die in den letzten 2 Jahren an allmählich zunehmenden Blasenbeschwerden litt, stellte die Untersuchung eine Geschwulst fest, die breitbasig in einer Ausdehnung von 5—6 cm der linken hinteren Blasenwand aufsaß. Auf dem Wege der Blasen-Scheidenfistel konnte dieselbe aus der Blasenwand leicht herausgeschält werden; mikroskopisch erwies sie sich als typisches Myom. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

19) **Souligouse et Fossard.** Ecrasement et déchirures multiples du rein droit. Laparotomie, puis néphrectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1900. No. 4.)

Interessant ist an der Mittheilung, dass von einer Ruptur der rechten Niere mit Zerreißung des Bauchfells sämmtlicher Urin mittels zweier Drains durch die Bauchdecken nach außen geleitet werden konnte, ohne dass eine Allgemeininfektion der Bauchhöhle erfolgte. 13 Tage später wurde schließlich die zertrümmerte Niere durch Lendenschnitt entfernt. **Christel** (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 8. December. 1900.

Über die Anwendung von Fraisen zur Trennung flacher Knochen, insbesondere zur osteoplastischen Trepanation.

Von

Dr. **Paul Meisel,**
Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik in Freiburg i/B.

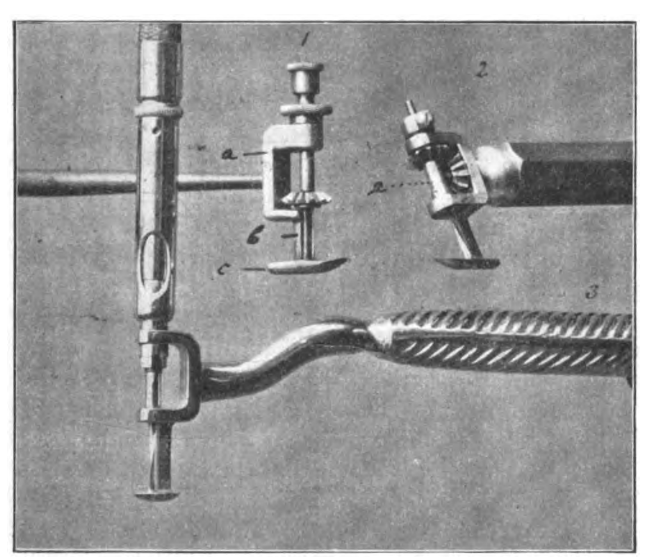
Seit 2 Jahren ist in der Klinik des Herrn Prof. Kraske ein von mir erfundenes Instrument in Anwendung, welches gestattet, flache Knochen, insbesondere den Schädelknochen, in beliebiger Richtung zu trennen. Dem Instrumente liegt eine Idee zu Grunde, welche Sudeck in ähnlicher Weise durch seine auf dem letzten Chirurgenkongress demonstrirte Fraise verwirklicht hat. Die Veröffentlichung meines Instrumentes, dessen Brauchbarkeit als Trepanationsinstrument zur Bildung Wagner'scher Lappen nach den Erfahrungen an der Leiche und wegen der Fähigkeit der Fraise, den

Unterkieferknochen zu trennen, Herr Prof. Kraske schon vor zwei Jahren für gesichert hielt, wurde desswegen so lange hinausgezögert, weil ich wünschte, über einen Erfolg am Lebenden bei der osteoplastischen Trepanation berichten zu können. Die erste Anwendung am Lebenden bei einer solchen Operation fand am 14. Juli 1899 statt. Aber es konnte damals nur der Anfang und das Ende des Knochenschnittes mit dem Instrumente ausgeführt werden. Denn durch einen unglücklichen Zufall gerieth, nachdem die Fraise eine Strecke den Knochen getrennt hatte, ein Stück Gaze in die Fraise und verwickelte sich so fest mit ihr, dass das Instrument augenblicklich unbrauchbar wurde. Das an sich so geringfügige Ereignis verhinderte durch sein unerwartetes Eintreten und durch die damit verbundene Störung ein rasches Auswechseln der Fraise, so dass erst gegen Ende der Operation das Instrument wieder angewendet wurde. Leider bot sich trotz mehrfacher Trepanationen, welche seitdem in der Klinik ausgeführt wurden, erst im August d. J. die Gelegenheit zu einer zweiten osteoplastischen Trepanation. Die Ähnlichkeit der Sudeck'schen Fraise mit der meinigen erkannte ich erst Ende September bei Erscheinen der Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, während ich nach dem Bericht im Centralblatt glauben musste, es handle sich um ein Instrument, das wie die Doyen'sche Fraise »zur Eröffnung des Schädels«, statt zur Bildung eines Wagner'schen Lappens dienen solle. Wenn ich nun jetzt doch trotz der bereits anerkannten (Heidenhain) Brauchbarkeit der Sudeck'schen Fraise mit meinem Instrumente vor die Öffentlichkeit trete, so geschieht es erstens, weil ich auf die allgemeine Bedeutung dieser Art Fraisen zur Trennung platter Knochen hinweisen möchte, und zweitens, weil meine Erfahrungen in Bezug auf die osteoplastische Trepanation mittels Fraisen auch jetzt noch, wie ich glaube, praktische Bedeutung haben.

Die Anwendung des ersten Instruments im August 1898 (Fig. 1) bewies mir und überzeugte auch meine Kollegen, dass rotirende schlanke Stäbe mit Längsrillen den Schädelknochen bei leicht zu wechselnder Schnittrichtung ohne Verletzung der Dura zu trennen vermögen. Die ursprünglich erstrebte Anordnung, dass die Achse, um welche der cylindrische Fraiskörper rotirt, gleichzeitig auch den Duraschützer tragen sollte, stieß auf technische Schwierigkeiten.

So entstand die Führungsgabel (*a*) mit Führungsstab (*b*) und Duraschützer (*c*). Die erste Fraise machte einen 5—6 mm breiten Knochenschnitt. Dies hielt ich besonders desswegen für einen Nachtheil, weil der mit solchen Fraisen auszuführende Schrägschnitt durch eine so breite Knochenrinne werthlos wurde. War dagegen der Schnitt schräg und zugleich schmal genug, so musste der so umschnittene Wagner'sche Lappen, wenn er an seine Stelle zurückgeklappt wurde, mit seiner schrägen Schnittfläche an der schrägen Schnittfläche des stehen gebliebenen Knochens ein festes Widerlager finden. Desshalb wurden Fraisen hergestellt, welche statt 5 mm nur

2 mm Durchmesser hatten. Dabei zeigte sich jedoch, dass alle Fraisen, welche wie die bisher gebräuchlichen gebaut waren, d. h, eine, zwei oder drei gerade oder spiralige Rillen hatten, bei einem Durchmesser von 2 mm eine sehr üble Eigenschaft hatten. Die Rillen füllten sich schon nach wenigen Umdrehungen so fest mit feinen Knochenspänen, dass die Fraisen nur noch einen soliden, runden Stab darstellten, welcher den Knochen nicht mehr angriff. Wenn die erste Fraise diese Eigenschaft nicht hatte, so lag das eben an der größeren Geräumigkeit der Rillen. Vermieden wurde dieser Übelstand der dünnen Fraisen am besten durch einen einfacheren Bau derselben. Diese Fraisen sind gerade oder gedrehte Zweischneider, wie sie in der Technik im Ganzen nur selten verwendet werden. Man könnte sie wegen ihres einfachen Baues als rotirende Doppelmesser bezeichnen. Der Durchschnitt stellt einen liegenden Rhombus dar.



Mit den Doppelmessern kann man einen nur 2 mm breiten Knochenschnitt ausführen; die geraden Messer arbeiten, wenn sie geschliffen werden, schon recht gut, aber die Spiralmesser sind ihnen überlegen, obwohl sie bisher noch nicht wirksam geschliffen werden können. Die Instrumente von Fig. 2 und 3 tragen solche Spiralfraisen. Sie sind leicht zu wechseln und sind dabei doch mit der Führung und dem Motor sicher verbunden. Zu ihrem Antriebe wurden bisher nur Elektromotoren verwendet. Die Kraftübertragung geschah durch einen »Bohrschlauch«, welcher bei den beiden ersten Instrumenten mit der durch den Griff laufenden Achse, bei den neueren Instrumenten aber direkt mit der Führung und der Fraise verbunden wurde (Fig. 3[1]).

---

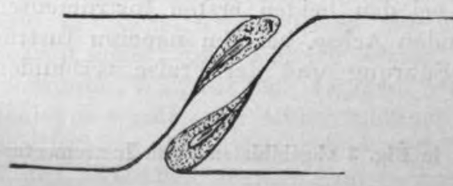
[1] Das Instrument fertigt in der in Fig. 3 abgebildeten Form Instrumentenmacher Fischer in Freiburg i/B.

Solche Fraisen erfüllten, wie durch zahlreiche Versuche an der Leiche und durch mehrere Versuche am Lebenden erwiesen wurde, den erwarteten Zweck, flache Knochen mit einer senkrechten oder schräg zur Ebene des Knochens gestellten Schnittfläche in gerader oder krummer Linie zu trennen. Sie bedürfen dazu, wie aus den Figg. 2 und 3 ersichtlich ist, einer in einer Gabel mitrotirenden Führung (*e*). Durch den Führungsstab (*b*) wird die Möglichkeit einer absolut freien Schnittführung etwas beschränkt. Bogenschnitte unter 1 cm Bogenradius sind nur durch einen kleinen Kunstgriff möglich. Aber diese kleine Beschränkung wird durch den Vortheil eines ruhig stehenden, mit dem Führungsstab, Gabel und Griff zu einem Ganzen verbundenen Duraschützers reichlich ersetzt. Führungsstab, Gabel und Duraschützer sind aus einem Stück Stahl herausgearbeitet. Man kann den Duraschützer wie ein Raspatorium hart am Knochen entlang führen, während über ihm die unten geknöpfte Fraise rotirt. Das Knöpfchen der Fraise ist in eine kleine Vertiefung des Duraschützers eingelassen.

Die Vortheile dieser Anordnung waren so augenscheinlich, dass ich mich nicht entschließen konnte, auf einen Vorschlag meines Kollegen, des Herrn Dr. Hammer, der mich bei meinen Versuchen freundlichst unterstützte, einzugehen, nämlich eine Fraise mit Knopf als Duraschützer ohne Führung herstellen zu lassen. Ich fürchtete damals trotz der mir wohlbekannten Festigkeit der Dura eine Verletzung derselben durch den mitrotirenden Knopf. Außerdem aber hätte ich, um die Fraise stabiler zu machen, sie dicker machen müssen und mich natürlich des Vortheils eines schmalen Schnittes und damit auch des Vortheils eines Schrägschnittes begeben.

Zur Ausführung eines Schrägschnittes hielt ich Anfangs eine Schrägstellung des Duraschützers zum Führungsstabe (s. Fig. 2) für nothwendig. Es zeigte sich jedoch, dass man dazu eben so gut und ohne Gefahr einer Duraverletzung das Instrument (Fig. 3) mit horizontal gestellter »Linse« verwenden konnte. Fig. 3 stellt das Instrument dar, wie es seit 2 Jahren in der Klinik in Gebrauch ist.

Am Lebenden wurde es wiederholt zur Trennung des Unterkiefers bei der temporären Resektion angewandt. Auch den festeren Kieferknochen schneidet die Spiralfraise recht gut, freilich langamer als die Kreissäge. Trotzdem bevorzugt Herr Prof. Kraske bei dieser Operation die Fraise, da durch die Anlegung eines Bogenschnittes eine Dislokation der Fragmente noch sicherer vermieden wird, als durch den einfachen Langenbeck'schen Schrägschnitt. Durch Ausführung eines Bogenschnittes unter Änderung der Lage der Schnittebene kann man eine Schnittfläche herstellen, welche eine Dislokation der Fragmente nach zwei Richtungen hin sicher verhindert (siehe schematische Zeichnung).



Eine osteoplastische Trepanation konnte ich mit meinem Instrumente Dank der gütigen Erlaubnis von Herrn Prof. Kraske selbst ausführen.

Bei einer Frau mit Hirndruckerscheinungen in Folge eines inoperablen Tumors wurde eine Palliativoperation gemacht. Nach Eröffnung des Schädels mit dem Hohlmeißel wurde die Linse zwischen Dura und Knochen eingeführt und nach Einsetzen der Rotation der Fraise das Instrument mit leichter seitlicher Neigung im Weichtheilschnitt vorwärts geschoben. In 5 Minuten war bei 3maliger Unterbrechung des Elektromotors unter sehr geringer Blutung ein Knochenstück umschnitten mit den Innenmaßen von 4 : 5 : 6 cm. Die Knochenbrücke wurde mittels eines als Hebel benutzten Raspatoriums abgebrochen. Die unter der Schnittlinie verlaufenden Äste der Art. meningea und die Dura waren unverletzt. Jetzt Abspülung der feinen Knochenspäne und Spaltung der Dura. Sodann Glättung der scharfen Knochenränder. Zurücklegen des Wagner'schen Lappens und Anlegen einiger Hautnähte.

Der Knochenlappen lag in Folge seiner Hufeisenform und in Folge des Schrägschnittes fest in seinem Lager. Man konnte dreist einen Druck auf ihn ausüben, da sich die Schnittflächen fest an einander legten. Es würde der Pat. daher nicht geschadet haben, wenn sie sich zufällig auf die operirte Seite gelegt hätte. Diese natürliche Befestigung des Knochenlappens ist, glaube ich, bei bewusstlosen Kranken oder bei Deliranten, bei denen die Trepanation wegen Hämatoms ausgeführt wird, von Bedeutung. Außerdem aber sichert das Zusammenliegen der Schnittflächen eine knöcherne Heilung in den Fällen, wo man sie wünscht.

Außer am Schädelknochen und am Kiefer kann das Instrument u. A. an den platten Beckenknochen oder bei temporären Resektionen am Stirnbein zur Freilegung des Sinus frontalis Anwendung finden. Auch hier dürfte vielleicht die dünnere Fraise mit dem nicht mitrotirenden Weichtheilschutz gewisse Vorzüge vor der stärkeren Sudeck'schen Fraise haben.

---

1) **G. Paul.** Studie über die Ätiologie und Pathogenese der sogenannten generalisirten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunder oder kranker Haut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

Unter der Bezeichnung »generalisirte Vaccine« hat man in der Litteratur sehr verschiedene Dinge zusammengefasst. Nach dem Verf. sollte man diesen Namen ausschließlich gebrauchen für »jene wissenschaftlich allerdings noch nicht einwandsfrei sicher gestellten Fälle von nach der Impfung etwa auftretenden allgemeinen Exanthemen, deren vaccinaler Charakter durch eine versuchte und gelungene Überimpfung auf den Menschen oder ein für Vaccine empfängliches Thier experimentell unzweideutig erwiesen wurde«. Dagegen wären hiervon vollständig abzusondern die symptomatischen, den Arzneiexanthemen analogen Ausschläge und diejenigen Fälle, welche bei

anderen Dermatosen, speciell bei Ekzem auftreten, und welche Verf. auf Grund eignen und fremden Materials als zufällige, äußere Übertragung der Vaccine ansieht. Diese letzte Gruppe bildet den Haupttheil aller Fälle von sogenannter generalisirter Vaccine. Für diese Auffassung spricht:

»1) Das successive Weiterschreiten der Blaseneruption, welches mit dem Beginne der erreichten vollen Immunität sistirt.

2) Die sicher beobachtete Thatsache eines bloß partiellen Befallenwerdens der ekzematösen Hautpartien bei universellem Ekzem.

3) Die an Sicherheit grenzende Möglichkeit, das Zustandekommen dieser bösen Komplikation durch entsprechende Maßnahmen verhindern zu können, endlich

4) der Umstand, dass es auch ohne solche Maßnahmen nicht bei allen ekzematösen Individuen nach der Impfung zu derselben kommt.«

Für die Praxis ergiebt sich aus dieser Auffassung, dass man ekzematöse Kinder bis zur Heilung ihres Ekzems von der Impfung ausschließen, im Nothfalle aber nur unter Anwendung eines Occlusivverbandes impfen soll. Da die Vaccineninfektion der Ekzeme recht gefährlich sein kann, so hat man kein Recht, Behufs der angeblich günstigen Beeinflussung von Ekzemen die Impfung vorzunehmen.

Jadassohn (Bern).

---

2) **E. Kromayer.** Krankheitsursachen. Kritische Bemerkungen über den »parasitären Ursprung« des Hautekzems.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIII. Hft. 1.)

Diese Zeilen beschäftigen sich mit der für den Pariser internationalen Dermatologischen Kongress aufgestellten Frage über den parasitären Ursprung des Ekzems. Die spekulativen Betrachtungen Verf.'s über Krankheitsursachen, über Ätiologie und Pathogenese, immanente und auslösende Ursachen sind zum Referat ungeignet; durch seine Deduktionen kommt er zu dem Schlusse, dass Parasiten höchstens »eine generellste Immanente« darstellen und als solche »praktisch bedeutungslos für die specielle Pathogenese des Ekzem« sind; dass beim chronischen Ekzem, wie bei der Psoriasis etc., die Parasiten »durch den Krankheitsprocess selbst gezüchtet werden müssten« (weil die Efflorescenzen »durch reflektorische Reizung »entstehen); da das aber höchst unwahrscheinlich ist, müssen wir auf eine Erklärung des peripheren Fortschreitens dieser Krankheitsherde verzichten (welches gewöhnlich auf die Parasiten zurückgeführt wird). In der Schlussbemerkung wird auch auf die Möglichkeit einer Ausfüllung dieser »Lücke« hingewiesen.

Jadassohn (Bern).

3) **A. Alexander.** Zur Übertragung der Thierkrätze auf den Menschen.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 1.)

Zur Klärung der noch vielfach strittigen Frage, ob Thierkrätze auf den Menschen übertragen werden könne, berichtet A. über 4 in der Berliner dermatologischen Poliklinik beobachtete Fälle und stellt auf Grund dieser Beobachtungen und des in der Litteratur vorhandenen Materials folgende Sätze auf: Die Krätze der Haus- (und event. der wilden) Thiere, so weit sie durch eine Sarcoptesart hervorgerufen ist, ist auf den Menschen übertragbar; sie verläuft bei ihm meist leicht, heilt in 6—8 Wochen spontan ab und ist sehr schnell zu heilen (speciell durch Schwefel); die Prädilektionsstellen der menschlichen Skabies bleiben zuweilen verschont; typische Prädilektionsstellen scheinen nicht zu existiren; typische Gänge fehlen meist; der Nachweis der Milben gelingt nur selten (Verf. hat solche bei seinen Pat. nicht gefunden). **Jadassohn** (Bern).

---

4) **L. Waelsch.** Weitere Mittheilungen über einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans..

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 3.)

W. hat noch in einem 2. Falle von Pemphigus vegetans (cf. das Referat über den 1. Fall in diesem Centralblatte) in den Efflorescenzen und im Blute Bacillen gefunden, welche den echten Diphtheriebacillen nach allen Richtungen außerordentlich ähnlich waren und Thieren gegenüber sich sehr stark pathogen erwiesen. Es schien auch, als wenn es gelänge, durch Einverleibung von echten Diphtherieantitoxinen die Thiere vor der Erkrankung durch die bei dem Pemphigus gefundenen Bacillen zu schützen; bei dem Pat. aber hatte die Behandlung mit Diphtherieserum keinen dauernden Erfolg; derselbe starb trotz derselben. Es zeigte sich weiterhin, dass auch bei den Thieren die Diphtherieantitoxine nicht auf die Dauer geschützt hatten, sondern der Tod bei ihnen nach längerer Zeit doch eintrat. Damit war ein wirklicher Unterschied des beim Pemphigus vegetans gefundenen von dem echten Diphtheriebacillus festgestellt. Versuche, Antitoxine des ersteren darzustellen, führten nicht schnell genug zum Ziele. Bei der Diskussion der beiden Fälle lässt W. die Frage nach der Bedeutung dieser bakteriologischen Befunde für die Pathogenese des Pemphigus vegetans unentschieden. Er hält diesen für eine selbständige Krankheit, die wohl immer ihren Ausgangspunkt an den Schleimhäuten hat. Die Befunde W.'s müssten jedenfalls an weiteren Fällen dieser seltenen und interessanten Krankheit nachgeprüft werden.

Jadassohn (Bern).



5) **C. Hollmann.** Zur Histopathologie der Pityriasis rosea Gibert.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 2.)

Die Sonderstellung der in der Überschrift genannten Krankheit und ihre Unterscheidung speciell von dem sogenannten Herpes squamosus wird jetzt von den meisten deutschen Autoren anerkannt. Über das histologische Bild dieser Erkrankung wussten wir bisher nur recht wenig. H. berichtet über seine Untersuchungen und bildet die charakteristischen Veränderungen ab. Für die klinische Diagnose ist von Wichtigkeit, dass bei der Pityriasis rosea im Gegensatze zur Psoriasis im Centrum eine Exfoliation der Hornschicht stattfindet, so dass man in charakteristisch ausgebildeten Herden zwischen dem rothen Saume und dem glatten Centrum einen schmalen, nach innen abgehobenen Schuppenstreifen erkennen kann. **Jadassohn** (Bern).

6) **J. Bukovsky.** Ein Beitrag zur Kenntnis der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 3.)

B. steht auf dem Standpunkte, dass es nur einen Favuspilz giebt, und dass die Annahme verschiedener Arten nur auf der Polymorphie des Achorion beruht. Er hat sich speciell mit Impfungen auf den Menschen beschäftigt und ist bei diesen zu dem Resultate gekommen: »je indifferenter sich die Haut gegen die Invasion des Pilzes verhält, desto gefährdeter ist sie beim Hervorbrechen des Favus; mit je stärkerer Entzündung die Haut auf den Pilz reagirt, desto geringer wird die Neigung zur Erkrankung, und die exsudative bläschenförmige Entzündung macht die Bildung des Scutulum geradezu unmöglich; eine Umwandlung des herpetischen Stadiums in das scutuläre ist nicht möglich; denn die erstere Form ist, falls sie als solche klinisch diagnosticirt werden konnte, überhaupt kein Favus mehr, sondern eine gewöhnliche reaktive Entzündung«. (Dazu möchte Ref. bemerken, dass er selbst einen Fall mit einem herpetischen Ringe kennt, in dessen Mitte sich ein typisches Scutulum befand — wenn die entzündliche Reaktion abgelaufen ist, können einzelne Pilze zurückgeblieben sein, die dann auf der unempfindlicher gewordenen Haut ein Scutulum bedingen.) Bei seinen Thierversuchen ist B. zu dem Resultate gekommen, dass das Achorion nicht toxisch auf Thiere wirkt, sondern nur durch die Quantität der intravenös eingeführten Pilzmassen eine mykotische Pseudotuberkulose (mit Riesenzellen epithelialen Ursprungs) um die rudimentär wachsenden Pilze bedingt. **Jadassohn** (Bern).

7) L. Glück. Zur Klinik der Lepra des männlichen Geschlechtsapparates.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LII. Hft. 2.)

Die bisher in der Litteratur vorhandenen Mittheilungen über lepröse Affektionen des männlichen Genitalapparates sind spärlich und widersprechen einander zum Theil; es ist daher mit Freude zu begrüßen, dass G. in Sarajewo (Dalmatien) sein reichliches Lepramaterial speciell von diesem Gesichtspunkte aus genau untersucht hat und nun eine Anzahl von gesichert erscheinenden sehr interessanten Thatsachen mittheilt, welche ich hier nur in aller Kürze resumiren kann. In etwa 95% der Fälle waren Veränderungen an den männlichen Genitalorganen zu konstatiren; tritt die Lepra vor oder während der Pubertät auf, so führt sie zu totaler oder partieller Wachsthumshemmung der Genitalien, speciell zu Kleinheit der Hoden; solche Kranke werden meist nicht geschlechtsreif. Bei geschlechtsreifen Männern führt die Lepra oft schon früh zu Hodenatrophie und Impotenz. Am Penis treten Knoten und Infiltrate auf; relativ selten kommt es zu Geschwürsbildung (immer mit Bacillen!) und zur Verengerung des Orificium urethrae; auch Phimose kann sich ausbilden. Die sehr häufigen Infiltrate und Knoten am Scrotum können zu Pachydermie führen. Verhältnismäßig selten ist die eigentliche Orchitis leprosa, sehr häufig (fast 67%) die (öfter doppelseitige) Epididymitis, die früh zu Azoospermie, event. auch zu Aspermie zu führen scheint.

Bemerkungen über die Bedeutung dieser Befunde für die Frage der Heredität und Kontagiosität der Lepra und über die Differentialdiagnose der leprösen Genitalerkrankungen erhöhen die Bedeutung der Arbeit. **Jadassohn** (Bern).

---

8) P. G. Unna. Zur Diagnose der Frostbeulen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXV. No. 2.)

Die Differentialdiagnose der Pernionen und des Lupus erythematodes (Ulerythema centrifugum) an den Händen ist manchmal zweifellos recht schwierig. U. macht darauf aufmerksam, dass man bei diaskopischer Betrachtung der ersteren im Centrum immer (nach U. durch Diapedese) entstandene Blutungen sieht, die bei dem letzteren fehlen. Noch deutlicher tritt das hervor, wenn man ein grünes Glas bei der Diaskopie vors Auge hält. **Jadassohn** (Bern).

---

9) P. G. Unna. Das Wesen der Naftalanwirkung.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 7.)

U. hat das viel empfohlene Naftalan am wirksamsten gefunden bei Ekzemen, die mit anderen Medikamenten stark und erfolglos behandelt worden waren, und bei universellem Ekzem und universeller Psoriasis, die »malign« zu werden drohte. Es übt nur seda-

tive Wirkungen aus; es enthält Seife. Aus Vaselin, 1% stearinsaurem Natron und 1—2% Pyraloxin lässt sich ein ähnlich wirkendes Produkt zusammensetzen. Noch analoger aber ist ein »Vaselinum adustum saponatum« (Schwanapotheke, Hamburg), das durch Überhitzung von Vaselin und Zusatz von stearinsaurem Natron hergestellt wird und namentlich mit 1—5% Pyraloxin stärkere antiekzematöse Wirkung ausübt. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **M. Hodara.** Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 7.)

H. hat die Wirkung des Chrysarobins am Kaninchenohre histologisch untersucht und giebt eine sehr genaue Beschreibung der gewonnenen Präparate. Auffällig ist die starke Nekrose des Epithels, welcher eine beträchtliche Hypertrophie der basalen Stachelzellen folgt. Diese Neubildung des Epithels geht außerordentlich schnell vor sich. **Jadassohn** (Bern).

---

11) **P. G. Unna.** Fort mit dem Leinen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 4.)

Mit großer Energie spricht sich U. gegen die Neigung des Publikums aus, Salbenverbände mit Leinen anzulegen oder überhaupt hautkranke Körper mit Leinen zu bekleiden oder zu bedecken. Nur bei nicht nässenden, juckenden Krankheiten kann man die angenehme kühlende Wirkung des Leinens benutzen; sonst ist statt seiner Watte, Wolle etc. zu benutzen, da die Leinewand die Salbe von der Haut absaugt. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **G. Marion.** Quelques faits destinés à servir à l'histoire de l'appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 5.)

Auf Grund eigener Beobachtungen und von anderer Seite mitgetheilter Fälle richtet M. vor Allem die Aufmerksamkeit auf manche Anfangssymptome der Perforationsappendicitis, welche die Diagnose einleiten können und dabei prognostisch außerordentlich wichtig sind. Es sind die Schmerzen, welche die Perforation begleiten und entweder nicht oder an entgegengesetzter Stelle oder erst sekundär lokalisirt werden. Im ersten Falle verbreiten sich die anfänglichen Schmerzen über den ganzen Leib, in anderen scheinen sie zuerst nur im Epigastrium oder im linken Hypogastrium zu sitzen, um erst nach einiger Zeit im rechten Hypogastrium sich zu koncentriren. Man soll hierin den Hinweis auf eine bevorstehende allgemeine Peritonitis erblicken — selbst wenn vorübergehend eine trügerische Ruhe entsteht — und sogleich operiren.

Nach M. ist die medikamentöse Behandlung der perforirenden Appendicitis völlig zu verwerfen. **Christel** (Metz).

---

13) **Kelling** (Dresden). Zur Frage der Pneumonie nach Laparotomien in der Nähe des Zwerchfelles.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 34.)

Lungenentzündungen können nach allen Arten chirurgischer Eingriffe auftreten und entweder in Aspiration von Schleim oder Erbrochenem während der Operation, oder in Embolien von den unterbundenen Gefäßen ihre Ursache haben oder hypostatischer Natur und schließlich auch einer zur Zeit bestehenden Pneumonie-Epi- oder -Endemie zu verdanken sein. Während sie aber nach anderen Operationen, selbst solchen im unteren Theile der Bauchhöhle, nur selten sind, entwickeln sich nach Eingriffen in der Nähe des Zwerchfelles, namentlich nach Magenoperationen, verhältnismäßig häufig Pneumonien. Auch K. hat hierbei früher solche mehrfach erlebt und ist zu der Ansicht gelangt, dass sie auf eine besondere Ursache, eine während der Operation erfolgte Infektion durch Eindringen keimhaltiger Luft in den subdiaphragmalen Raum, zurückzuführen seien. Wenigstens hat er, seitdem er dieser Entstehungsmöglichkeit durch geeignete Vorbeugungsmaßregeln — Operation in möglichst staubfreiem Saale mit feucht erhaltenem Fußboden, Einbringen eines Gazetuches in den Raum unter dem Zwerchfelle sofort nach Eröffnung des Leibes — Rechnung trägt, Pneumonien nach Magenoperationen etc. nicht mehr beobachtet. **Kramer** (Glogau).

---

14) **A. Stieda.** Ein Beitrag zum sog. arterio-mesenterialen Darmverschlusse an der Duodeno-Jejunalgrenze.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 201.)

15) **P. Müller.** Über akute postoperative Magendilatation, hervorgerufen durch arterio-mesenteriale Duodenalkompression.

(Ibid. p. 486.)

Die beiden Arbeiten können gemeinsam besprochen werden, da sie den gleichen Gegenstand behandeln.

S.'s Abhandlung knüpft an einen in der Königsberger Klinik operirten Fall an. Bei einer 56jährigen, ziemlich fetten, aber schwächlichen Frau, die typische Koliken durchgemacht hatte und noch leicht ikterisch war, ergab die Cholecystotomie keine Steine in Gallenblase und -Gängen, aber anscheinend eine Verlegung des Choledochus, wesshalb die Blase mit dem Duodenum anastomosirt wurde. Es trat danach häufiges, sich steigerndes Erbrechen von dunklen Massen und starkes Durstgefühl auf, bis unter zunehmendem Collaps 48 Stunden nach der Operation der Tod eintrat. Sektion: Sehr starke Ausdehnung des mit der großen Curvatur unterhalb des Nabels stehenden und nach oben konkav geknickten Magens, welcher noch über $1^1/_2$ Liter schwarzbraune Flüssigkeit enthält, auf der Mucosa état mamellonné und mehrere Erosionen zeigt. Auch das Duodenum stark gefüllt. Die Hauptmasse der übrigens kontrahirten Dünndärme liegt im kleinen Becken. Gallenblase und -Gänge stein-

frei, Choledochus durchgängig. Die Gekröswurzel mit der Arteria mesenter. sup. scheint das Duodenum nicht abzuklemmen. Der Fall gehört zu der von Riedel beschriebenen, von Kehr u. A. bestätigten akuten Magendilatation nach Gallenblasenoperationen. Die beobachtete Erkrankung ist aber auch identisch mit der von Albrecht bezw. Hanau als arterio-mesenterialer Darmverschluss bezeichneten ileusartigen Affektion. Symptomatologie und Anatomie sind in allen hergehörigen Fällen identisch, nur die ätiologische Deutung ist noch unentschieden. Ist die akute Magendilatation das Primäre, oder entsteht dieselbe sekundär durch Verlegung des unteren Duodenum durch Kompression seitens der dasselbe kreuzenden Radix mesenterii? S. entscheidet sich für die Annahme der Magendilatation als Grunderkrankung. Er nimmt eine primäre, akute Atonie des Magens an, die das Organ behindert, sich zu entleeren. Die Knickung des Duodenum am Übergange ins Jejunum bildet einen weiteren Locus minoris resistentiae, an dem der Magen-Duodenalinhalt Halt macht. Möglich, dass die motorische Magenstörung durch Gallenblasenoperationen, die sich in der Nähe des Gangl. solare abspielen, besonders befördert wird. Im Ganzen beträgt die Gesammtzahl der hergehörigen und publicirten Fälle 36. S. glaubt, dass seine Erklärung überall annehmbar wäre. —

Die Arbeit von M. vertritt den entgegengesetzten Standpunkt, wonach das Wesen der Erkrankung in der Duodenalverlegung durch die Gekröswurzel zu suchen sei. M. bringt mehrere im Dresdener Diakonissenhause gemachte Beobachtungen bei. Fall 1, betreffend eine Choledochotomie mit Cystostomie, ausgeführt bei einer 43jährigen Frau. Danach typisches Bild der fraglichen Erkrankung, Tod am 5. Tage. Sektion: Dilatation von Magen und Duodenum, Verlegung des letzteren durch die Gekröswurzel. In 2 weiteren Fällen, ebenfalls gallensteinoperirte Frauen betreffend, wurde beim Eintritte des typischen Erbrechens die akute Magendilatation rechtzeitig erkannt und das eine Mal durch Magenspülung und Beckenhochlagerung, das zweite Mal, wo die bedrohlichen Erscheinungen länger anhielten, durch Bauchlage die Kranke geheilt. M. empfiehlt besonders die Bauchlage zur Behandlung des Zustandes. Als Diät möchte er dickflüssige oder breiige Nahrung der dünnen vorziehen. Wenn möglich soll man, um die Peristaltik anzuregen, durch den Mund und nicht per rectum ernähren. Abgesehen davon, dass M. eine andere Theorie vertritt als Stieda, ergänzt seine Arbeit, die etwas ausführlicher ist, diejenige von Stieda ganz gut. Der Entscheid der von beiden verschieden beantworteten wissenschaftlichen Frage wird der Zukunft überlassen bleiben müssen. (Von Interesse mit Bezug auf die in letzter Zeit — u. A. auch vom Ref. hervorgehobenen Magenblutungen nach Operationen speciell am Gallenapparat ist die bei der akuten Magenerweiterung anscheinend typische Art des Erbrechens von schwarzen, dunkeln, also sanguinolenten Flüssigkeitsmassen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

16) **Rosenbach.** Zur Pathogenese und Therapie der sog. Fissura ani.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Aus der Thatsache, dass primäre — mit einer lokalen Reizung gar nicht oder nur in einem entfernten Zusammenhange stehende — Krampferscheinungen an anderen Organen vorkommen, schließt R. dahin, dass Mastdarmkrampf nicht mit Fissura ani zu identificiren ist. Die Hauptsache ist das abnorme Verhalten des Schließmuskelapparates (perverse tonische Innervation desselben), der nicht mit dem Sphinkter oder mit der Schleimhaut des Afters identisch ist; sondern es kommt das gesammte Nervensystem in Betracht. Bei Personen mit abnormen Cirkulationsverhältnissen im Bauche (hämorrhoidale Anlage, genitale Plethora), bei Nervösen, bei chronischen Reizzuständen im Bereiche der Sexualorgane entsteht, wenn nicht genügende Sorgfalt auf Regulirung des Stuhlganges und Beseitigung der nervösen oder Cirkulationsanomalien verwendet wird, meist eine dauernde Störung der gesammten Mastdarmfunktion, deren hervorstechendstes Symptom die Beschwerden am Sphinkterapparat sind. Ulcerationen und Fissura ani können die Beschwerden wohl steigern, haben jedoch an den Erscheinungen keinen wesentlichen Antheil.

Bezüglich der Therapie spricht sich R. entschieden gegen chirurgische Maßnahmen aus, empfiehlt vielmehr, vor Allem dem Pat. genau die Art und Ursache seines Zustandes aus einander zu setzen und die Furcht vor Berührung der schmerzhaften Theile und die daraus resultirenden Abwehrbewegungen zu beseitigen. Pat. ist anzuhalten, selbst ohne Furcht die schmerzhaften Theile zu berühren oder berühren zu lassen und mit dem eigenen Finger vorsichtig tastend in den After einzugehen. Gelingt dies, so muss der Kranke lernen, ein Mastdarmrohr von ansteigendem Kaliber einzuführen, und schließlich muss mit der Regulirung des Stuhlganges begonnen werden. R. hat zahlreiche Fälle in der beschriebenen Weise mit gutem Erfolge behandelt und empfiehlt einen Versuch nach seiner Methode auf das wärmste. **Gold** (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

Eine Vorrichtung zum zeitlichen Verschlusse des Anus praeternaturalis lateralis; Fixation von weichen Kathetern und Drainrohren.

Von

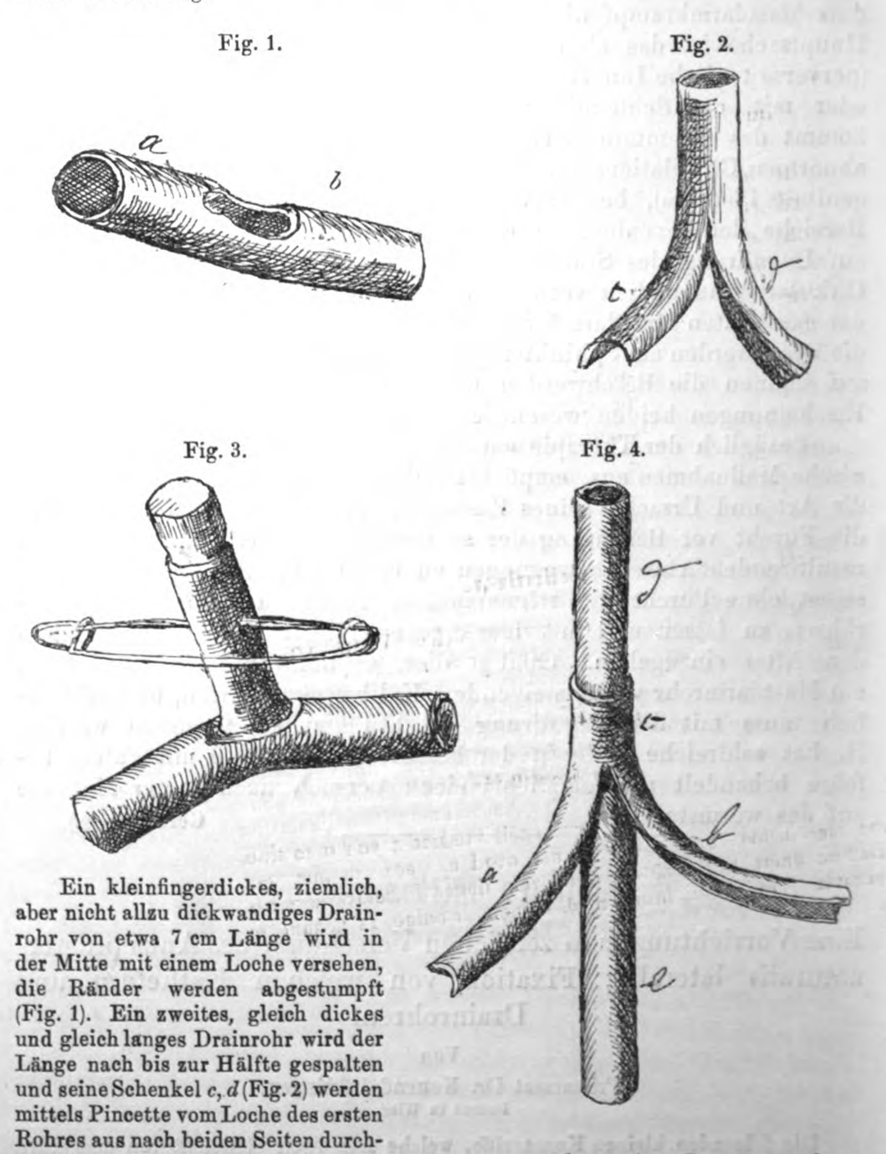
Primararzt Dr. **Konrad Büdinger,**

Docent in Wien.

Die folgenden kleinen Kunstgriffe, welche zum Theil vielleicht von dem einen oder anderen Fachgenossen schon ähnlich angewendet wurden, wage ich nur desshalb der Öffentlichkeit zu übergeben, weil trotz der reichlichen Litteraturangaben, welche über die Gegenstände existiren, bisher noch keine befriedigende Lösung erzielt werden konnte.

Der temporäre Verschluss des **Anus praeternaturalis lateralis** ist schon mit den verschiedensten Apparaten und Bandagen versucht worden. Seltene, besonders günstige Fälle ausgenommen, landet der Pat. immer entweder bei einer nach Art des Bruchbandes fixirten Hohlpelotte, welche sehr unbequem ist, sich leicht verschiebt und die Ekzembildung unterstützt, oder er verzichtet ganz auf die Apparate und hilft sich mit einfachen Verbänden, so gut es eben geht.

Ich verwende seit einigen Jahren, stets mit sehr gutem Erfolge, folgende einfache Vorrichtung:



Ein kleinfingerdickes, ziemlich, aber nicht allzu dickwandiges Drainrohr von etwa 7 cm Länge wird in der Mitte mit einem Loche versehen, die Ränder werden abgestumpft (Fig. 1). Ein zweites, gleich dickes und gleich langes Drainrohr wird der Länge nach bis zur Hälfte gespalten und seine Schenkel *c*, *d* (Fig. 2) werden mittels Pincette vom Loche des ersten Rohres aus nach beiden Seiten durchgezogen, so dass das Loch des Rohres I ganz verschlossen ist. Das ungespaltene Rohr bekommt dadurch eine leichte Krümmung, seine Elasticität genügt aber, um es immer in nahezu gestreckter Stellung zu halten. Behufs Einführung in den Anus werden die beiden Schenkel mit Vaseline bestrichen, zusammengebogen und

in das Darmlumen eingeführt, wo sie sich alsbald wieder aus einander strecken. Es bedarf nun nur noch einer starken Schließnadel, welche ganz knapp vor der Hautwunde durch den Apparat gesteckt wird (Fig. 3), um die beiden Querschenkel der fixirten Darmwand so nahe anzudrücken, dass kein Darminhalt daneben austreten kann; schließlich wird das obere Lumen des Rohres II durch einen Stöpsel verschlossen.

Die Vorrichtung ist mit den denkbar einfachsten und billigsten Mitteln auch von minder intelligenten Pat. leicht zu improvisiren, kann zur Stuhlentleerung bequem entfernt und danach ohne Schwierigkeit eingeführt werden, sie macht keine Beschwerden und verschließt sicher.

Die Befestigung von Nélatonkathetern am Penis ist oft recht schwierig; umwickelt man die vor dem Orificium liegende Stelle des Katheters mit Heftpflaster, so pflegt dies bald nachzugeben, steckt man nach dem Rathe von Dittel daselbst Insektennadeln durch, an denen die Haltvorrichtungen befestigt werden, so machen die Nadeln Löcher, welche nicht nur den Katheter weiterhin unbrauchbar machen, sondern auch bald Urin durchsickern lassen. Ich pflege die Befestigung folgendermaßen vorzunehmen:

Ein etwa 10 cm langes Drainrohr, dessen lichtes Lumen ganz wenig enger ist, als der äußere Umfang des Katheters, wird bis auf ein Stück von 1 bis 2 cm der Länge nach gespalten; das intakte Stück wird mittels anatomischer Pincette und Kornzange über das Katheterende gezogen und dann an die geeignete Stelle dirigirt, indem der Katheter ausgespannt wird (Fig. 4). Die Befestigung der Streifen *a*, *b*, welche man auch noch einmal spalten kann, geschieht durch cirkuläre Touren von Heftpflaster.

Ganz in derselben Weise befestigt man recht bequem Drainrohre, welche die Aufgabe haben, aus Höhlen des Körpers durch den Verband hindurch Flüssigkeiten nach außen zu leiten, z. B. aus Empyemhöhlen, aus der Blase, Gallenblase, Nierenbecken etc. Die Schließnadeln, welche meist durch die Drainrohre gesteckt werden, um sie am Rutschen nach innen und außen zu hindern, geniren oft trotz untergelegten »Reiters« und lassen meist früher oder später Flüssigkeit durch ihre Stichkanäle treten. Die Befestigung geschieht besser durch Überziehen eines getheilten Drainrohres, wie beim Katheter, nur mit dem Unterschiede, dass bei letzterem das Stück *e* eingeführt ist, *c* außerhalb der Urethra liegt, bei der Fixation der Drainrohre aber besser *d* und *c* in den Kanal gesteckt, die Enden *a*, *b* in rechtem Winkel abgebogen flach auf die Haut gelegt werden, wo sie durch den Verband bequem zu fixiren sind, event. wenn kein Verband mehr getragen werden muss, durch angenähte Bändchen beliebig verlängert und um den betreffenden Körpertheil gebunden werden können.

---

17) XIII. Internationaler medicinischer Kongress zu Paris vom 2. bis 9. August 1900.

Aus der Sektion für Chirurgie.

(Nach dem Berichte in Revue de chirurgie 1900. Hft. 9.)

Jakobs (Anvers): Contribution au traitement chirurgical des rétrécissements spasmodiques de l'oesophage et particulièrement du cardia.

Die Schwierigkeit der Sondenbehandlung bei spastischer Stenose der Cardia und der Speiseröhre liegt darin, dass es nicht gelingt, genügend dicke Bougies durch den Schlund einzuführen. J. konstruirte daher ein Instrument, dessen gegliederter Leitstab etwas weniger als 1 cm im Durchmesser hat, während das sich verbreiternde Endstück von 10 cm Länge im geschlossenen Zustande 1,50, im geöffneten 3,75 cm Durchmesser besitzt. Die Öffnung geschieht durch einen schirmähnlichen Mechanismus. In 3 schweren so behandelten Fällen wurde dauernder, ausgezeichneter Erfolg erzielt.

J. A. Fort (Paris): Traitement des rétrécissements de l'oesophage par l'électrolyse linéaire.

F. erzielte mittels der linearen Elektrolyse bei Narbenstrikturen der Speiseröhre in Folge von Verbrennungen etc., so wie bei chronisch-entzündlichen (bindegewebigen) Stenosen volle Heilung, bei den »organischen« Stenosen (Geschwülsten) aber Besserung in so weit, dass die direkte Ernährung wieder gut möglich und die Gastrostomie vermieden wurde.

Nanu (Bukarest): Un cas de péritonite purulente primitive.

Diffuse, eitrige, ausschließlich durch Pneumokokken verursachte Peritonitis bei einem 14jährigen Kinde. Beginn mit plötzlich auftretendem Erbrechen, Schmerzen, Durchfällen. Bei der 10 Tage später vorgenommenen Laparotomie Entleerung von 4 Litern dicken, geruchlosen Eiters; keine Verwachsungen, keine umschriebenen Herde in der Bauchhöhle. Einen Monat lang fortgesetzte Drainage der Bauchhöhle und tägliche Durchspülung derselben mit Kochsalzlösung. Später auftretende multiple Abscesse enthielten im Gegensatze zu dem aus der Bauchhöhle entleerten Eiter nur den Staphylococcus aureus. Schließlich völlige Heilung.

Galvani (Athen): Sur l'efficacité de la laparotomie répétée à plus ou moins bref délai pour combattre la tuberculose péritonéale chronique.

Bei 134 Laparotomien wegen Bauchfelltuberkulose sah G. oft bedeutende Besserungen und Heilungen. Bei einer Anzahl der Operirten, bei welchen er wegen anderweitiger Erkrankung später wieder die Bauchhöhle eröffnen musste, waren die tuberkulösen Veränderungen vollkommen verschwunden.

Bei 20 Laparotomirten, bei welchen nach anfänglicher Besserung wieder der alte Zustand sich einstellte, schritt Vortr. möglichst bald zu einer 2. Operation, und zwar 10—20 Tage (?) nach der 1. Operation.

Bei 2 Pat. wurde die 3malige Laparotomie, bei einem die 4malige, bei einem anderen, einem jungen Mädchen, die 5malige ausgeführt, bei sämmtlichen Kranken mit schließlicher vollkommener Heilung.

Psaltoff (Smyrna): Quarante cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparotomie.

40 Laparotomien wegen Bauchfelltuberkulose, davon 24 mit Ascites. Von diesen waren 12, welche 2—4 Jahre nach der Operation noch unter Beobachtung waren, gesund, 3 starben, 2 im Collaps nach der Operation, 1 an allgemeiner Tuberkulose. Bei 12 Fällen der käsig-geschwürigen und 3 Fällen der adhäsiven Form waren die Erfolge weniger gut: 4 Todesfälle im Anschlusse an die Operation (Collaps, Sepsis, sekundäre Darmfistel), 11 Besserungen.

E. Schwartz (Paris): Iléotyphlite hypertrophique etc.

Eine 27jährige Frau bemerkte vor 18 Monaten eine Geschwulst der Blinddarmgegend; anfänglich nur leichte Schmerzanfälle, in letzter Zeit stark zunehmend. Eben so Zunahme der auf Druck schmerzhaften, faustgroßen Geschwulst; Abmagerung. Operation wegen Annahme einer Neubildung, Resektion der mit der Fossa iliaca sehr verwachsenen Geschwulst und seitliche Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm nach Entfernung des ganzen Ileocoecaltheiles. Heilung. Die Untersuchung ergiebt weder Tuberkulose noch Neubildung, sondern eine rein entzündliche hypertrophische Ileotyphlitis mit starker, stellenweise 2—$2^1/_2$ cm betragender Verdickung der Muscularis und entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut ohne Geschwürsbildung. Keine Drüsenschwellungen.

H. Reynès (Marseille): Complications vésicales de l'appendicite.

R. unterscheidet auf Grund mehrerer Fälle von Blasenkomplikationen im Verlaufe einer Appendicitis 2 Formen:

1) Reflektorische Erkrankung der Blase: Retention, Harndrang, Inkontinenz. Alle Erscheinungen sind sehr vorübergehender und leichter Natur.

2) Entzündliche Blasenerkrankungen durch Übergreifen der Entzündung vom Wurmfortsatze auf die Blase: Cystitis, Bakteriurie, Pericystitis, pericystitische Abscesse, Blasengeschwüre, Blutungen und Steine, Blasenfisteln, die entweder mit

dem Wurmfortsatze oder einem appendicitischen Abscesse oder einem benachbarten Organe in Verbindung stehen. Die Erscheinungen können gleichzeitig mit der Erkrankung des Wurmfortsatzes oder mehr oder weniger lange nach ihrer Heilung auftreten.

P. Reynier (Paris): Quand peut-on dire, qu'on opère une appendicite à froid?

Vortr. ist immer mehr dahin gekommen, nicht mehr bei der akuten Appendicitis, sondern im freien Intervalle zu operiren.

Bei leichter Appendicitis ohne peritoneale Reizung ist der früheste Zeitpunkt für die Operation 15—20 Tage nach der Erkrankung; war Fieber vorhanden, so soll noch länger abgewartet werden. Bei Fällen mit schwerer peritonealer Reaktion, welche ohne örtliche Begrenzung schließlich wieder vorüberging, soll man noch weit länger mit der Operation warten, da die Entzündung sonst durch die Operation von Neuem angefacht wird, und zwar mindestens 2 Monate. Erst dann kann man sicher sein, keine entzündlichen Erscheinungen bei der Operation mehr zu sehen. Bei spontanem Durchbruche von appendicitischen Abscessen in den Darm etc. soll nicht vor 3—5 Monaten operirt werden.

Bei Nichtbefolgung dieser Regeln kann man bei der Operation auf noch virulente Herde stoßen, deren Eröffnung schwere Komplikationen nach sich ziehen kann.

R. hat nach diesen Grundsätzen 59 Operationen ohne Todesfall ausgeführt.

R. F. Weir (New York): Une nouvelle modifikation de l'opération pour appendicite, destinée à assurer l'intégrité de la paroi abdominale.

Falls der MacBurney'sche Schnitt (Spina ant. sup. bis zum Rectusrande) nicht genügend Raum giebt, legt W. die innere Partie der incidirten Aponeurose des Obliquus externus stumpf bis nahe an die Mittellinie frei, incidirt quer die vordere Rectusscheide, zieht den Muskel stark nach innen und incidirt eben so die hintere Scheide, beide bis zur Mittellinie. Nach beendeter Operation Naht beider Scheidenwände und des Obliquus externus.

Vortr. wendete das Verfahren in 62 Fällen an, 35mal bei akuter Appendicitis, 27mal bei Operationen im freien Intervalle, und sah bisher keine Bauchbrüche entstehen.

Thiéry (Paris): Les méthodes de sécurité dans le traitement opératoire de l'appendicite.

Bei der Resektion des Wurmfortsatzes im freien Intervalle ist die Komplikation einer akuten sekundären Peritonitis häufig, und zwar in Folge der Unzulänglichkeit der Technik bei Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes. Vortr. fixirt daher in einer 1. Operation den ausgelösten Wurmfortsatz durch 4 die ganze Dicke seiner Wandung fassende Nähte an den Rändern der Peritonealwunde, die er im Übrigen ganz schließt. Nachdem ein fester Abschluss gegen die Bauchhöhle eingetreten ist, wird der Wurmfortsatz in einer 2. Sitzung nach Unterbindung seiner Basis entfernt, mit oder ohne Sero-Serosaverschluss des Stumpfes. In einer 3. Sitzung erfolgt die Schließung der übrigen Wunde mit Drainage. Die Heilung vollzieht sich dann entweder ganz aseptisch, oder es kommt in Folge Durchschneidens des Fortsatzes an der Unterbindungsstelle durch den Unterbindungsfaden zu schleimig-kothiger, manchmal eitriger Sekretion, die durch die Drainage unschädlich gemacht wird. 30 Operationen, 29 geheilt ohne Fistelbildung.

Girard (Bern): Sur la cure radicale de la hernie inguinale.

G. bedient sich besonders bei Brüchen mit weiter Bruchpforte, so wie bei größeren direkten Hernien zur Herstellung eines sicheren Verschlusses der Bruchpforte einer Modifikation des Bassini'schen Verfahrens. Nachdem die Ränder des Obliquus internus und transversus nach Bassini vernäht worden sind, werden die beiden Lappen der Aponeurose des Obliquus externus auf etwa 4 cm Breite dachziegelförmig über einander gelegt, je nach dem Falle der obere auf den unteren oder umgekehrt. Sodann wird der obere Rand mit dem Lig. Pouparti, der untere mit der Basis des oberen Lappens vernäht.



Vortr. stellte bei 543 so operirten Fällen 8 Recidive fest, davon 4 in Folge Eiterung der Wunde.

Phelps (New York): Opérations pour hernies.

216 Operationen seit 1892, 46 Recidive. Zur Vermeidung derselben muss man vor Allem die Narbenretraktion, die das Bauchfell mit sich zieht, verhindern. P. vernäht daher an Stelle der Ligatur des Bruchsackes das Peritoneum mit sehr dünnem Silberdraht fortlaufend wie bei einer gewöhnlichen Laparotomie; eben so werden die anderen Schichten vernäht, wobei der Leistenkanal ganz verschlossen und der Samenstrang unter die Haut verlagert wird. Selbst bei den 16 Fällen, in welchen es zur Eiterung kam, brauchte der Silberfaden nicht entfernt zu werden, die Wunde wurde geöffnet, die inficirten Partien abgeschabt und mit reiner Karbolsäure ausgewaschen, darauf mit Alkohol, welcher die Ätzwirkung der Karbolsäure aufhebt, nachgewaschen. Es erfolgte dann normale Vernarbung.

Die Radikaloperation einer Hernie soll demnach wie der Verschluss einer gewöhnlichen Laparotomiewunde ausgeführt werden.

E. Schwartz (Paris): Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales et crurales par le procédé de la myoplastie.

1) Leistenbrüche: Nach Versorgung des Bruchsackes Eröffnung der Scheide des Rectus, Bildung eines Muskellappens mit unterem Stiele, welcher durch ein Knopfloch hindurch hinter dem inneren Leistenringe her in den Leistenkanal geleitet und hier oben mit dem Rande des Obliquus internus und transversus, unten mit dem Poupart'schen Bande vernäht wird. Darauf Naht des Obliquus externus.

2) Schenkelbrüche: Eröffnung der Scheide des Adductor medius, Bildung eines Muskellappens mit oberer Basis, welcher mit dem Poupart'schen Bande und dem Gewebe nach innen von der Cruralvene vernäht wird.

Vortr. wendete das Verfahren nur bei Brüchen mit schwachen und schlaffen Aponeurosen und Muskeln an, bei 500 Herniotomien 63mal. Bei den gewöhnlichen Formen operirte er nach Bassini. Von den myoplastisch operirten Leistenhernien, welche länger beobachtet wurden, recidivirte nur eine in Folge eines Traumas der Leistengegend. (Beobachtungsdauer länger als 1 Jahr.)

Rydygier (Lemberg): Expérience personnelle sur les opérations de l'estomac etc.

R. nimmt die Priorität für das sog. erste Billroth'sche Verfahren für sich in Anspruch. Bezüglich der Technik der Darmnaht bevorzugt er neuerdings die Überwendlingsnaht in 2 Schichten; die erste fasst die ganze Magen- resp. Darmwandung, die zweite, oberflächlichere, nur Muscularis und Serosa.

v. Eiselsberg (Königsberg): 160 opérations de l'estomac faites ces quatre dernières années à Königsberg.

Indikationen zur Magenoperation: 1) Fremdkörper (1), 2) Verätzungen (6), 3) Geschwüre (64), 4) Geschwülste (87, davon nur 1 gutartig), 5) Pylorospasmus (1).

Gesammtsterblichkeit 26%. In 7 von 42 Todesfällen lag spontane, nicht die Nahtstelle betreffende Perforation oder eine bereits bei der Operation vorhandene Peritonitis vor; in den übrigen 35 Todesfällen, welche der Operation zur Last fallen, handelte es sich 11mal um Chok, Collaps, Anämie, 11mal um Peritonitis (2mal in Folge Nachgebens der Naht); 5mal funktionirte die Anastomose nicht, 1 Todesfall durch Ileus, 5 durch Bronchopneumonie, 2 durch Krebskachexie.

Bei Geschwülsten wendet v. E. immer die beiden Billroth'schen Verfahren an. Gastro- und Pyloroplastiken sind oft von Recidiven gefolgt. Die beste Methode der Gastroenterostomie ist die Retrocolica posterior. Bei der Jejunostomie zieht Redner die Witzel'sche Methode der Maydl'schen vor. Gastrorrhaphie: 1 Fall, 1 Todesfall. Gastrotomie: 1 Heilung. Gastrostomie: 14, davon 5 gestorben. Gastroplastik (Sanduhrmagen): 7, 2 gestorben. Gastroanastomose: 1 (geheilt). Pyloroplastik: 6 (alle geheilt). Atypische Magenresektionen: 3 (1 gestorben). Pylorusresektion: 27 (7 gestorben). Gastroenterostomie: 86 (22 gestorben). Jejunostomie: 13 (4 gestorben).

J. B. Segale (Genua): Procédé de pyloroplastie par glissement.

S. wendet an Stelle des gewöhnlichen Verfahrens bei der Pyloroplastik (Heineke-Mikulicz) folgende Methode an: Der Schnitt beginnt an der oberen Grenze der Vorderfläche der Gastro-Duodenalwand 2 cm unterhalb der Stenose, wendet sich dann im Bogen nach unten, erreicht mit seiner größten Konvexität die untere Grenze der Vorderwand an einer dem stenosirenden Ringe entsprechenden Stelle und wendet sich dann von Neuem nach oben, um nach Bedürfnis verlängert zu werden. Durch Verschiebung der durch die Incision gebildeten beiden Lappen gegen einander in entgegengesetzter Richtung wird der (eingeschnittene) Einschnürungsring verlagert und eine Vergrößerung seines Durchmessers erreicht. Statistik: In 2 Fällen mit schwerer, durch peripylorische Verwachsungen und Verdickung der Wandungen komplicirter Stenose war die Magenfunktion 2 Jahre nach der Operation ausgezeichnet.

Hartmann (Paris): Chirurgie de l'estomac.

81 Magenoperationen mit 16 Todesfällen: 20 Gastrektomien (5 †), 40 Gastroenterostomien (8 †), 2 akute Perforationen eines Magengeschwüres (1 †), 2 allmähliche Geschwürsperforationen mit Bildung eines subphrenischen Abscesses (1 †), 1 Pyloroplastik, 6 Gastrostomien, 1 Gastrorrhaphie, sämmtlich geheilt, 9 Explorativoperationen (1 †).

Mit der Gastroenterostomie erzielte H. auch bei floridem Magengeschwüre und bei Dyspepsien mit Pylorospasmus ausgezeichnete Resultate.

Die Erfolge der Gastrektomie wurden bei der von H. neuerdings befolgten Technik viel bessere, als die oben angegebenen (10 Fälle in letzter Zeit mit nur 1 Todesfall): Nach Hervorziehen des Magens Unterbindung des der kleinen Curvatur entlang laufenden Astes der Art. coronaria superior, Anlegung elastischer Klemmen in der Weise, dass nur der Fundus mit der großen Curvatur und die Cardia zurückbleibt, Durchschneidung der Magenwandungen entlang den Klemmen, Herabziehen des Pylorustheiles und Unterbindung der Art. gastroduodenalis. Jetzt ist die Entfernung des Krankheitsherdes im Ganzen, also einschließlich der kleinen Curvatur und ihrer Lymphdrüsen, möglich. Die Sterblichkeit bei dieser Methode ist nicht viel größer, als bei der Gastroenterostomie: Von 13 länger beobachteten Gastrektomirten starb einer 7, einer 26 Monate nach der Operation an Recidiv. Von den 10 Lebenden hat einer ein Recidiv nach 10 Monaten, einer nach 3 Jahren, die anderen sind 4, 6, 9, 15, 17, 26 Monate nach der Operation gesund. Dem gegenüber beträgt die mittlere Lebensdauer nach der Gastroenterostomie (bei bösartigen Geschwülsten) 7 Monate. Die Erfolge der Gastrektomie sind also bessere, wie die der Gastroenterostomie.

Murphy (Chicago): Über den von ihm angegebenen Knopf.

M. wendete in 1620 Fällen seinen Knopf an. Die Fälle umfassen Affektionen verschiedenster Art mit einer Gesammtsterblichkeit von 19,3%. Bei 166 Fällen nicht bösartiger Erkrankungen nur 2% Sterblichkeit. Dieselbe betrug vor Einführung des Knopfes 30—40% und mehr. M. verwirft die absorbirbaren Knöpfe so lange, bis ein Knopf konstruirt ist, welcher mit Sicherheit erst nach vollendeter Verheilung absorbirt wird. Dieser Zeitpunkt ist gewöhnlich der 3.—4. Tag, kann sich aber über den 10. Tag nach der Operation hinausschieben. Vortr. macht zur Zeit Versuche mit einem aus einer Mischung von Magnesium und Aluminium hergestellten Knopfe, welcher vom Magensafte nicht aufgelöst wird, wohl aber vielleicht von alkalischen Säften.

Bourget (Lausanne): Des indications et des résultats de la gastroentérostomie etc.

Besprechung der Indikationsstellung nach 46 eigenen Fällen. B. hält die Operation nur bei dauernden Pylorusverlegungen, nicht aber bei den vorübergehenden, dem Pylorospasmus der Neurastheniker und der Stauung des Mageninhaltes in Folge Ptose oder Atonie der Wandung, für angezeigt. Bei Fällen letzterer Art sind die Erfolge schlecht.

Roux (Lausanne): Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.

Die beste Methode der Darmanastomose ist die laterale, weil sie 1) weniger große Exaktheit erfordert, 2) weil sie ein breiteres Aneinanderlegen der

Serosaflächen ohne Gefahr der Klappenbildung gestattet, 3) eine unbegrenzt große Anastomosenöffnung, die der späteren Narbenretraktion weniger unterworfen ist, erlaubt, 4) unabhängig von den zu vereinigenden Kalibern ist, 5) technisch sich am leichtesten ausführen lässt.

Akute Processe: Die Anastomose ist kontraindicirt: 1) wenn der Zustand des Kranken nur die Enterotomie gestattet, 2) der Zustand des Darmes wegen Gefahr der Gangrän die sofortige Ausschaltung einer oder mehrerer Darmschlingen erfordert (eingeklemmte Brüche), 3) der Zustand des Kranken, der des Darmes und die Fähigkeiten des Operateurs ein radikaleres Vorgehen erlauben. — Die Anastomose ist angezeigt: 1) wenn die Wiederherstellung der Kothpassage allein in Betracht kommt, besonders wenn eine radikalere Operation zu langdauernd oder gefahrvoll erscheint, 2) nach gelungener Desinvagination oder Detorsion, wenn die Peristaltik sich nicht wieder herzustellen scheint.

Chronische Processe: Die Anastomose ist bei zahlreichen Verwachsungen der Resektion vorzuziehen, wenn man die Natur der Erkrankung ganz bei Seite setzt. Sie ist die definitive Operation 1) bei inoperabeln Geschwülsten, 2) bei gewissen komplicirten, multiplen, nicht angreifbaren Processen (Aktinomykose, manchen tuberkulösen Formen). Als Voroperation 1) bei operabeln Geschwülsten mit sehr schlechtem Allgemeinzustande, 2) entzündlichen Processen mit Klappenbildung, 3) äußeren und Genital-Kothfisteln.

Die Erhaltung des Lebens ist möglich bei $1^1/_2$ m Jejunumlänge und der halben Länge des Dickdarmes. Man kann also ohne Gefahr die Anastomose weit vom Krankheitsherde entfernt anlegen.

Die Gastroenterostomie sollte bei operabeln Geschwülsten immer nach dem zweiten Billroth'schen Verfahren gemacht werden. Bei nicht krebsigen Pyloruserkrankungen ist sie der Resektion und Pyloroplastik als eben so wirksam und technisch einfacher vorzuziehen.

Die Naht ist den Knopfmethoden vorzuziehen, weil sie allein eine Schleimhautvereinigung per primam herbeiführt. Der Knopf ist nur anzuwenden, wenn jede Minute kostbar ist.

Doyen (Paris) und Laplace (Philadelphia) demonstriren Instrumente zur Erleichterung der Gastroenterostomie resp. zum Ersatze des Murphy-Knopfes.

E. Ullmann (Wien): De la transplantation des intestins.

Thierexperimente (junge Schweine): Transplantation des Magens in das Jejunum, des Ileum in den Magen, des Magens in das Colon, des Blinddarmes in den Magen, des Jejunum in das Ileum und des Colon in das Ileum. Die Operationen wurden gut ertragen. Die Narbenbildung an der Nahtstelle war immer eine feste, sowohl bei gestielten wie bei ungestielten Darmpartien, und selbst bei aus ihrer Umgebung völlig ausgelösten und während einer Stunde in einer heißen Kompresse aufbewahrten Darmtheilen. Genauere Mittheilungen erfolgen später.

Giordano (Venedig): De l'exclusion du côlon par iléo-sigmoidostomie dans le traitement du cancer du coecum, de la colonectasie et de la colite ulcéreuse.

Die Ileo-Sigmoidostomie bei den in der Überschrift genannten Erkrankungen des Dickdarmes beseitigt die Intoxikation durch Koprostase und erleichtert die Heilung geschwüriger Processe durch Ableitung der Kothmassen auf einem anderen Wege. Sie regelt bei der idiopathischen Erweiterung des Dickdarmes die Kothcirkulation und leitet beim Blinddarmkrebse die sekundäre Entfernung der erkrankten Partie nach einigen Tagen ein.

v. Eiselsberg bemerkt in der Diskussion, dass er im Laufe des letzten Jahres 3mal die seitliche Einpflanzung des Ileum in die Flexura sigmoidea ausgeführt habe, 2mal wegen Krebs, 1mal wegen ausgedehnter Tuberkulose des Blinddarmes. 2mal trat nach der Operation heftiger Durchfall auf. Bedeutende Besserung in allen 3 Fällen.

T. Jonnesco (Bukarest): La résection du rectum etc.

Vortr. wendete in 4 Fällen das kombinirte, abdominal und perineal vorgehende Verfahren bei Mastdarmkrebs an, und entfernte 30—40 cm Darm. 2 Pat. starben,

einer an Peritonitis nach 5 Tagen, einer an Collaps am Tage der Operation. Das Verfahren ist allen anderen überlegen und giebt die besten Dauerresultate aus folgenden Gründen:

1) Die prophylaktische Blutstillung durch Unterbindung der Artt. hypogastr. und der Art. haemorrhoidalis sup. ist vollkommen. 2) Die Entfernung des vorher völlig verschlossenen Darmstückes findet ohne Gefahr der Beschmutzung des Operationsfeldes durch Darminhalt statt. 3) Die durch die Operation gesetzten Verletzungen sind, da die Knochenresektion vermieden wird, gering. 4) Der Darm kann in beliebig großer Ausdehnung, auch bei großer Länge des erkrankten Darmstückes, entfernt werden. 5) Die Lymphgefäße und -Drüsen des Beckens und der Wirbelsäule können mitsammt dem umgebenden Bindegewebe in toto entfernt werden. 6) Jede sekundäre Infektion des Operationsfeldes lässt sich durch Anlegung des Anus iliacus, sehr hoch und weit entfernt vom Operationsfelde, in der Nähe der Spina ant. sup. vermeiden. Der Iliacalafter ist dem sacralen und einem inkontinenten perinealen bei Weitem vorzuziehen. **Mohr** (Bielefeld).

(Fortsetzung folgt.)

18) **Conradi.** Bemerkungen zu einem Falle von multipler typhöser Periostitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Bei einem Falle von multipler typhöser Periostitis wies Verf. 5 Monate nach Beginn des Typhus sicher Typhusbacillen nach. Die Widal'sche Reaktion fiel negativ aus. C. hält desshalb das Fehlen derselben nicht für ein differentialdiagnostisches Moment bei den metastatischen Infektionen, insbesondere bei den Knochenentzündungen typhösen Ursprungs. Der Typhusbacillus mache nur dann Eiterungen, wenn er seiner Specificität entkleidet sei, also einfach als Fremdkörper wirke. **Borchard** (Posen).

19) **P. Colombini.** Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 10.)

C. hat eine Pat. mit dieser seltenen und sehr eigenartigen Hautanomalie genau untersuchen können. Dieselbe stammt aus einer Familie, in welcher in 4 Generationen unter 47 Mitgliedern 24 erkrankt waren. Das Krankheitsbild war das jetzt schon recht gut bekannte; die Blasen entstanden auf traumatische Reize am häufigsten an den Sohlen, im Sommer leichter als im Winter; Hyperidrosis war (wie in der Mehrzahl der Fälle) vorhanden. Die histologischen, bakteriologischen und chemischen Untersuchungen, über welche Verf. mit großer Genauigkeit berichtet, haben nichts Wesentliches ergeben; eine gewisse Eosinophilie bestand im Blute und im Blaseninhalte. C. glaubt, dass die Läsion in ihren Anfängen in einem schwach entzündlichen, irritativen Processe besteht. Auf Grund des Vorhandenseins von »Ptomainen oder Leukomainen oder Toxinen« im Blaseninhalte begründet der Verf. die Hypothese, dass die Epidermolysis auf einer Autointoxikation beruhe, die auf eine vererbte Anomalie zurückzuführen sei. Die nähere Begründung dieser Auffassung stützt sich wesentlich auf Tommasoli's ebenfalls allzu hypothetische Darlegungen. **Jadassohn** (Bern).

20) **M. Besmann.** Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX. No. 4.)

Da die von F. Hebra geleugnete Existenz eines akuten nicht kontagiösen Pemphigus noch immer nicht von allen Seiten zugestanden wird, berichtet B. über einen hierher gehörigen, geheilten Fall bei einem 60jährigen Manne (Therapie: Zink-Präcipitatsalbe, Salicyl-Amylum, Bäder). **Jadassohn** (Bern).



21) J. Schütz. Ein Fall von Spindelhaaren (Pili moniliformes), Aplasia pilorum intermittens (Virchow), Monilethrix (Crocker), Nodose hair (Smith).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIII. Hft. 1.)

S. beobachtete diese seltene und interessante Affektion bei einem Knaben, dessen Familie ganz gesund war. Er macht auf die diagnostischen Schwierigkeiten aufmerksam — zuerst imponirt die Spärlichkeit resp. die Kürze des Haarkleides und die rauhe, schuppige Kopfhaut. Über die Erklärung dieser Anomalie existiren verschiedene Hypothesen — S. ist geneigt, dieselbe als »ein fakultatives Symptom einer lokalen Ichthyosis pilaris s. follicularis« zu betrachten. Die Litteratur ist eingehend berücksichtigt, eine Tafel mit Abbildungen der Haare beigegeben.

Jadassohn (Bern).

22) Meinhard Schmidt (Cuxhaven). Zur Ausübbarkeit der Bauchchirurgie im Privathause und in der Thätigkeit des praktischen Arztes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI.)

Jeden praktischen Arzt muss es mit Freude erfüllen, wenn einer aus ihrer Mitte eine Lanze für ihn »als Chirurgen« bricht. Bei dem Bestreben, die operative Chirurgie immer mehr zur Domaine der Kliniker zu machen, ist es nöthig, dass zeitweise gezeigt wird, dass auch einfache Praktiker mit einfachen Mitteln gleich gute Erfolge wie Kliniker, wenn auch ohne deren Komfort, zu erzielen im Stande sind. S. hat in 15jähriger Thätigkeit 60 Laparotomien gemacht, fast alle unter nach modernen Begriffen ungenügenden Außenumständen. Unter diesen Laparotomien sind 5 Exstirpationen der Tubenschwangerschaft, 6 solche des Wurmfortsatzes, Cholecystektomien, Ovarienexstirpationen, durchweg frei von Todesfällen. Die verhältnismäßig hohe Gesammtmortalität von 27,5% (auf 58 Fälle 16 Todesfälle) fällt, wie S. richtig bemerkt, nicht Fehlern der Asepsis, sondern theils technischen Fehlern, theils der Ungunst der Fälle (5 Laparotomien wegen Peritonitis und Ileus) zur Last.

Doerfler (Weißenburg a/Sand).

23) K. Heil (Darmstadt). Ein weiterer Beitrag zur Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 35.)

Eine neue Beobachtung von Hautemphysem nach Laparotomie hat H. seine frühere Annahme bestätigt, dass nicht die Beckenhochlagerung, sondern die ungenügende Vereinigung der tiefen Schichten der Bauchwand bei gutem Verschlusse der Hautwunde für das Zustandekommen des Hautemphysems verantwortlich gemacht werden müsse.

Kramer (Glogau).

24) Deiters (Andernach). Ein geheilter Fall von multiplen Darmverletzungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

Es handelte sich um eine Geisteskranke, welche sich in selbstmörderischer Absicht eine Schere in den Leib gestoßen hatte. Aus der rechts und nach unten vom Nabel gelegenen Wunde fand sich ein großes Konvolut Darmschlingen hervorgetreten, die zahlreiche (mindestens 12) Verletzungen zeigten; an einer Stelle war der Darm quer durchtrennt, an anderen lagen mehrere Schnitte dicht bei einander. Obwohl bei der sofort ausgeführten, 3 Stunden dauernden Operation und Naht der verschiedenen Wunden (ca. 50—60 Nähte) weder aseptisch, noch streng antiseptisch verfahren werden konnte, war der Wundverlauf doch ein günstiger und trat vollständige Heilung (mit Bildung einer Bauchhernie) ein.

Kramer (Glogau).

25) **W. F. Petrow.** Fall von Peritonitis post trauma.

(Botkin's balnitschnaja gaseta 1900. No. 38. [Russisch.])

P.'s Fall ist pathologisch-anatomisch, wie bezüglich des therapeutischen Resultates von besonderem Interesse. Ein 42jähriger Bauer, Potator, welcher angeblich mit Stock- und Faustschlägen traktirt worden war, wurde 3 Wochen danach ins Spital aufgenommen. Seit der Misshandlung angeblich Schmerzen im Bauche, namentlich unten, besonders stark beim Uriniren und bei der Stuhlentleerung. Zu Hause Erbrechen. Objektiv bei der Aufnahme überall gespannter Leib, Druckempfindlichkeit besonders über dem linken Lig. Pouparti und der Symphyse. Bei der Tastung in der Tiefe Resistenzen und eigenthümliches Gefühl von Knistern, wie wenn man hygroskopische Watte in der Hand zusammendrückt. Vom Mastdarme aus schmerzhaftes Kleinbeckeninfiltrat fühlbar. Temperatur Abends 38,1. Puls 88, gut. Übrige Organe und Harn ohne Besonderes. Auf Klysmen Stuhl. Nachdem Anfangs die Symptome bestehen blieben, trat allmählich Besserung aller Beschwerden ein, bis plötzlich 8 Wochen nach der Aufnahme Schüttelfrost und Fieber bis 40° eintrat, zugleich mit erneutem Symptomenkomplex, wie bei der Aufnahme. Wiederum spontane allmähliche Besserung, die aber nur 2½ Wochen anhielt, da alsbald wieder Fieber bis 40°, Erbrechen und die früheren Symptome auftraten. Nunmehr Laparotomie am 29. Februar 1900 (4 Monate nach der Misshandlung). Es fanden sich sehr ausgedehnte, theilweise sehr feste Verwachsungen zwischen den Därmen und der Bauchwand, die das Vordringen bis zu dem Beckeninfiltrate unmöglich machten. In den Verwachsungen tuberkelähnliche Knötchen, die theils eitrig erweicht, theils in quarkähnliche Substanz umgewandelt waren. Excision einiger Knötchen Zwecks mikroskopischer Untersuchung. Von weiteren Eingriffen wurde Abstand genommen und die Wunde geschlossen. Heilung per primam. Schnelle Rekonvalescenz. 2 Monate nach der Operation waren alle objektiven Symptome, auch das Beckeninfiltrat, verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Knötchen ergab, dass sie aus Anhäufungen runder und ovaler Zellen bestanden, die einen Fremdkörper — Partikelchen vegetabilischen Gewebes — einschlossen; um den Fremdkörper herum zahlreiche Riesenzellen.

Trotzdem es bei der Operation nicht gelang, eine Perforation des Darmes nachzuweisen, nimmt Verf. eine solche auf Grund des mikroskopischen Befundes an und fasst die Knötchenbildung als Reaktion des Bauchfelles auf. Er parallelisirt die vollkommene Ausheilung in seinem Falle, nach einfacher Eröffnung des Bauches, mit den bekannten Resultaten der Laparotomie bei echter Bauchfelltuberkulose.

Einen analogen Fall hat Verf. in der Litteratur nicht finden können.

P. Rathcke (Berlin).

26) **Letulle und Weinberg.** Appendicite chronique et cancer primitif de l'appendice iléo-coecale.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1900. No. 4.)

In einem operativ bei 12½jährigem Knaben entfernten Wurmfortsatze fand sich an einem strikturirenden Geschwüre geringe, nur mikroskopisch erkennbare carcinomatöse Infiltration. — Das andere Präparat wurde zufällig bei der Autopsie eines Phthisikers entdeckt. (Ref. hat am 20. Oktober 1900 einen kleinfingerdicken Wurmfortsatz amputirt, welcher ½ cm unterhalb des Ursprunges vom Blinddarme durch ein fast haselnussgroßes primäres Carcinom verlegt war. Es war mit derben Verwachsungen im Recessus ileocoecalis befestigt.) **Christel** (Metz).

27) **A. Stieda.** Cruralhernie im Labium majus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 219.)

Diese seltene Bruchform wurde in der Königsberger Klinik beobachtet. Es handelte sich um einen eingeklemmten Netzbruch bei einer 54jährigen, sehr blassen

Frau mit starkem, schlaffem Hautfettpolster. Ein bis dahin kartoffelgroßer Bruch hatte sich akut vergrößert und war dabei in die Schamlippe getreten. Bei der Operation zeigte er sich durch einen straffen Gewebsstrang 8-förmig in 2 Abtheilungen abgeschnürt, welche transversal lagen, so dass die laterale der Schenkelbruchpforte entsprach, während die mediale in der Schamlippe lag. S. nimmt an, dass bei der Vergrößerung des Bruches dessen medialer Theil durch eine Lücke der Fascia cribrosa nach innen geschlüpft sei. Durch das starke, schlaffe Fettpolster der Pat., welche, wie viele korpulente Frauen, einen starken »suprainguinalen«, in die Schamlippe übergehenden Hautfettwulst hatte, wurde dies Vorkommnis begünstigt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) E. Rose. Der vordere Scheidenbruch.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 473.)

R. hat über den in dieser Arbeit mitgetheilten Fall in der Berliner Chirurgenvereinigung einen Vortrag gehalten, über den in No. 18 dieses Centralblattes 1900 p. 494 kurz referirt ist. Wegen des Interesses der Beobachtung fügen wir hinzu, dass es sich anscheinend um eine zwischen Uterus und Blase im kleinen Becken eingekeilte, feste Geschwulst handelte. Nach der Laparotomie konnte man den Finger zwischen Blase und Uterus einführen, unten im Becken die Geschwulst fühlen und mit sehr großer Gewalt ans Tageslicht befördern. Dieselbe saß dem auffallend schlanken Uterus auf und fluktuirte. Nach einer Probepunktion klares Serum und Palpirbarkeit eines ballotirenden Körpers. Also Gravidität! Bauchschluss, guter Verlauf; jedoch nach 3 Wochen Abort eines fingerlangen Fötus.

(R. hat keinen ähnlichen Fall gefunden. Vielleicht wären in der geburtshilflichen Litteratur Analoga aufzutreiben. Nach geburtshilflicher Terminologie wäre hier statt von Scheidenbruch treffender und den analogen Verhältnissen bei Retroflexio entsprechend von [incarcerirter] Anteflexio uteri gravidi zu reden. Ref. fand in Winckel's Geburtshilfe eine kurze einschlägige Abhandlung mit Litteraturangaben.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) A. Stieda. Magenphlegmone nach Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 212.)

Eine Beobachtung aus der Königsberger Klinik.

24jährige Magenkranke mit einer Geschwulst, deren Mageninhalt stets salzsäurefrei war. Nach Ausführung der Gastroenterostomie traten starke Diarrhöen und in einigen Tagen der Tod ein. Sektion: Peritonitis und akute diffuse Magenphlegmone, beruhend auf Streptokokkeninvasion. Carcinös entartetes Magengeschwür. S. führt epikritisch aus, dass die Kokkeninfektion der Magenwände wohl jedenfalls durch die Operation vermittelt ist, und in dieser Beziehung ist der Fall selten und bemerkenswerth. Die Streptokokken aber sind muthmaßlich nicht durch die Operation als solche eingeschleppt, sondern stammten von dem vorhandenen Magengeschwüre. Wahrscheinlich begünstigte der Salzsäuremangel im Magensafte die Entwicklung der Mikroorganismen, da die Acidität des Magens gewissermaßen als ein Selbstschutz gegen die Bakterien zu betrachten ist. Hierfür spricht, dass, wie S. — durch obigen Fall angeregt — gefunden hat, bei 64 am Magen operirten Kranken der Königsberger Klinik mit mangelnder oder geringerer Salzsäuresekretion 17mal eine Wundinfektion eintrat (26,6%), während unter 35 Kranken mit normaler oder gesteigerter Salzsäurereaktion nur bei 2 (5,8%) eine Infektion notirt ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. **Sonnabend, den 15. December.** **1900.**

Zur Chirurgie der Nase und des zugehörigen Abschnittes der Basis cranii et cerebri.

Von

Dr. Ludwig Löwe,

Ohren-, Nasen- und Halsarzt in Berlin.

Verfasser dieser Zeilen hat mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrath Virchow an dem Material des Berliner pathologisch-anatomischen Institutes eine Reihe rhino-chirurgischer Versuche ausgeführt. Dabei war die strikte Bedingung gestellt, jede äußere Verletzung zu vermeiden. Das zwang dazu, den Weg vom Munde her einzuschlagen, jede andere Eröffnung war a limine ausgeschlossen. Der orale Weg hat sich als ein gangbarer, Verf. möchte sagen, als der chirurgisch beste erwiesen. Er hat zu einer leichten Methode geführt, um unter Führung des Auges

1) die knorplige Nasenscheidewand freizulegen,

2) die Nase so auszuräumen, dass nur die äußeren Begrenzungswände des Riechorgans übrig bleiben,

3) den zur Nase gehörenden Abschnitt der Basis cranii et cerebri breit zugänglich zu machen.

A. Die Operationen an der Nasenscheidewand.

Es handelt sich hier wesentlich um 2 Dinge, um die Verbiegungen und um die sog. Spinen. Das letztere sind knorplige oder knöcherne Auswüchse, welche schräg in der Richtung von unten vorn nach oben hinten, entsprechend der Begrenzungslinie zwischen Cartilago quadrangularis und Vomer dem Septum aufsitzen und die mitunter eine excessive Größe und Länge erreichen.

Was zuerst die Verbiegungen anbetrifft, so hat man dieselben bisher entweder auf orthopädische oder auf blutige oder auf kombinirt orthopädisch-blutige Weise zu beseitigen versucht. Bei allen drei Verfahren geht man von den Nasenlöchern ein. Die orthopädische Methode besteht darin, dass man die verkrümmte Nasenscheidewand mittels eines Zangenkompressoriums, dessen Platten der Form des Septum entsprechen und die einzeln je in eine Nasenhöhle eingeführt und alsdann verbunden werden, frakturirt und die Fragmente in der Normalstellung fixirt (Adams, Jurasz).

Bei der blutigen Methode (Chassaignac, Petersen, Krieg, Bönninghaus, Baumgarten, Escat) werden mittels Winkelschnittes Schleimhaut und Perichondrium von der Konvexität der Verbiegung abgehoben, worauf man den Knorpel durchschneidet und ihn vorsichtig von der Mucosa der konkaven Nasenhälfte loshebelt. Dann wird der beiderseits freigelegte Knorpel so weit resecirt, dass man auf der verengerten Seite die hintere Rachenwand und die mittlere Muschel zu überschauen vermag. Schließlich wird noch das abgehobene Schleimhautstück der konvexen Seite entweder abgeschnitten oder an den unteren Wundrand angenäht. Das Verfahren ist neuerdings dadurch vereinfacht worden, dass man vor dem Einschnitte die Schleimhaut mittels der Schleich'schen Infiltration ein- oder beiderseitig vom Knorpel abhebt.

Beim kombinirt orthopädisch-blutigen Verfahren wird mittels eines locheisenförmigen Instrumentes der Knorpel resp. Knochen an der höchsten Konvexität incidirt, worauf er sich leichter gerade richten lässt (Walsham, Asch).

Die »Spinen« hat man entweder einfach mit dem Meißel abgeschlagen oder, wenn sie sich mehr in die Tiefe erstreckten, mittels Säge resp. Trephine abgenommen, wozu man den Elektromotor benutzte. Auch hierbei geht man von den Nasenlöchern ein.

Die eben geschilderten Methoden haben ihre Schattenseiten, schon desshalb, weil sich von den Nasenlöchern aus das Operationsterrain nur unvollkommen übersehen, geschweige denn freilegen lässt. Dann ist bei den blutigen Methoden die Allgemeinnarkose nicht anwendbar. Desshalb versagen dieselben bei Kindern und nervösen Personen. Endlich erfordern sie große manuelle Geschicklichkeit vom Arzte und viel Ausdauer vom Pat. Es ist nicht Jedermanns

Sache, sich stundenlangen, unangenehmen, vielleicht schmerzhaften Proceduren bei voll erhaltenem Bewusstsein auszusetzen. Alle diese Übelstände vermeidet das gleich zu schildernde Verfahren, das Verf. an nunmehr bereits ca. einem Dutzend Lebender zu erproben Gelegenheit gehabt hat.

In Narkose wird zuvörderst mittels der Schleich'schen Infiltration die Schleimhaut von der Konvexität und wenn möglich auch von der Konkavität des Septum abgehoben. Dann wird bei permanent herausgehaltener Zunge die Übergangsfalte zwischen Oberlippe und Oberkiefer in ihrer ganzen Breite von einer Tuberositas maxillae superioris zur anderen durchschnitten. Von diesem Schnitte aus werden die Weichtheile der Wangengegend in ausgiebigster Weise von der Vorderseite des Oberkiefers abgedrängt, so dass sichtbar werden

a. nach außen: Die Ansatzsehne des Masseter am Jochbogen und der von einer Fettschicht (der Bichat'schen Fettkugel) bedeckte Vorderrand des aufsteigenden Unterkieferastes,

b. nach oben: Der untere Augenhöhlenrand. (Der N. infraorbitalis wird natürlich geschont.) Nach außen vom Canthus externus muss die Facialfläche des Jochbeines frei vorliegen.

Handelt es sich nur um eine Operation im vorderen knorpligen Abschnitte des Septum, so ist nichts weiter nöthig. Der zu operirende Knorpel liegt sofort nackt zu Tage. Muss man aber tiefer in das Innere der Nasenhöhle vordringen, so muss man die Gesichtsmaske noch weiter von der knöchernen Unterlage abheben. Mittels gekrümmten Raspatoriums, das von einer Fossa canina quer über den knöchernen Nasenrücken bis zur anderen geschoben wird, werden die Weichtheile der äußeren Nase von der Glabella bis zu den Cartilagines alares — letztere nicht mit einbegriffen — von ihrer Unterlage abgedrängt. Auch die Haut der beiden oberen und unteren Augenlider muss hierbei unter Schonung der Ansätze an den inneren Augenwinkeln so beweglich gemacht werden, dass man bequem mit dem Finger von der Fossa canina je einer Seite schräg über den Nasenrücken weg unter die Haut des entgegengesetzten oberen Augenlides gelangen kann. Entblößt man jetzt den unteren Abschnitt des Vorderrandes des Septum cartilagineum von den Weichtheilen, indem man seichte Sagittalschnitte längs der Spina nasalis anterior und längs des Unterrandes des viereckigen Knorpels führt, und trennt auf einer quer über den Nasenrücken von einer Fossa canina zur anderen geschobenen und nach unten in die Furche zwischen Cartilagines alares und triangulares gedrückten Hohlsonde die innere Weichtheilbrücke, so lassen sich Oberlippe sammt Nasenspitze mit den in letzterer haftenden Cartilagines alares ohne die geringste Unbequemlichkeit nach oben umklappen, so dass die Spitze des Nase mit ihrer Rückenfläche auf die Glabella zu liegen kommt.

Durch diese temporäre Abhebelung werden alle Theile des Gesichtskelettes entblößt, welche innerhalb folgender Grenzlinie liegen:

Die Grenzlinie geht jederseits von der Gingiva des mittleren oberen Schneidezahnes horizontal bis zur Tuberositas maxillae superioris. Dann steigt sie an der hinteren Begrenzung der Tuberositas ca. 2 cm in die Höhe und geht nun in umgekehrter Richtung wieder horizontal nach vorn bis zum Ansatze der Massetersehne an die Facialfläche des Jochbeins. Dann geht sie über diese hinüber bis zum oberen Rande des Jochbeins. Die Naht zwischen Joch- und Schläfenbein wird hierbei nicht ganz erreicht. Nun folgt die Grenze dem oberen Rande des Jochbeins bis ungefähr zur Höhe des Canthus externus oculi, erreicht aber wiederum die Naht zwischen Stirn- und Jochbein nicht ganz. Dann umgreift die Grenzlinie den ganzen Orbitalrand von unten her bis fast zum Foramen supraorbitale. Es bleibt also nur der obere Rand der Orbita noch von Weichtheilen bedeckt. Die Grenzlinie geht dann von der Incisura supraorbitalis der einen Seite quer über die Glabella weg zur anderen. Folgende Knochenpartien liegen mithin nackt zu Tage:

a. Die Umrandung der Apertura pyriformis, oben noch in Verbindung mit den

b. Cartilagines triangulares, deren Synchondrose mit dem Nasenbeine erhalten ist,

c. die von Schleimhaut jederseits entblößte Cartilago quadrangularis, die ebenfalls in ihrem natürlichen Situs sich befindet,

d. der aufsteigende Frontalfortsatz des Oberkiefers mit der Fossa canina und dem größten Theile des Alveolarfortsatzes,

e. die Facialfläche des Jochfortsatzes,

f. das Nasenbein mit dem unteren Ende des Nasenfortsatzes des Stirnbeins,

g. die innere Hälfte resp. das innere Drittel der knöchernen Augenhöhlenumrandung.

Es sind mithin folgende Nerven der Gesichtshaut durch die Dekortikation freigelegt:

I. Der Nervus infraorbitalis bei seinem Austritte aus dem Foramen infraorbitale,

II. Der Nervus zygomaticus facialis bei seinem Austritte aus dem Canalis zyg. fac.

III. Der Nervus infratrochlearis.

IV. Der Nervus supratrochlearis.

V. Der Nervus supraorbitalis beim Austritte aus der Incisura supraorbitalis.

Ferner sind mit Leichtigkeit in der Tiefe der Wunde zu fühlen resp. freizulegen.

I. Die Lamina externa des Proc. pterygoideus in der unteren Hälfte.

II. Der vordere Rand des aufsteigenden Unterkieferastes in der unteren Hälfte.

III. Die Fossa spheno-maxillaris in der unteren Hälfte.

Hat man jetzt die intendirte Operation am Septum ausgeführt, so werden durch bloßes Zurückklappen der Nasenspitze und der Oberlippe alle Theile wieder in die richtige Lage gebracht, ein Vernähen ist nicht nothwendig; eben so bedarf es keines Verbandes. Höchstens stopft man einen Jodoform-Mulltampon in jedes Nasenloch. Innerhalb 24 Stunden tritt eine unförmliche Schwellung des Gesichtes ein, wodurch die Kranken ein grotesk gedunsenes Aussehen bekommen. Bei kühlen Umschlägen verliert sich das in wenigen Tagen. Nur die Augenlider zeigen bei sehr ausgedehnter Abhebelung noch etwa weitere 8 Tage eine blau-grün-gelbe Pigmentirung, als hätten die Kranken einen Schlag auf die Augen bekommen. Einmal zeigte sich auch ein Bluterguss unter die Conjunctiva bulbi. In längstens 14 Tagen war in Verf.s Fällen auch diese letzte Spur des Eingriffes verschwunden. Nur der Fall mit der Blutung unter die Conjunctiva brauchte etwas längere Zeit.

B. Die radikale Ausräumung der Nase.

Die bisherigen Methoden der Ausräumung der Nasenhöhle resp. der Behandlung der Sinusitiden des Siebbeinlabyrinthes und der Keilbeinhöhle gingen theils von den Nasenlöchern aus, theils suchte man von der Kieferhöhle (Jansen) oder der Orbita (Derselbe) vorzudringen. Oder aber man schuf sich ganz neue Zugänge, indem man den knorplig-knöchernen Vorbau der Nase mehr oder weniger vollständig — meist temporär — resecirte (Dieffenbach, v. Langenbeck, Lawrence, Ollier, Chassaignac-Bruns, Gussenbauer, Winkler). Das Verfahren von den Nasenlöchern aus vermag nicht der chirurgischen Forderung, dass Alles, was man wegzunehmen hat, breit eröffnet vorliegen muss, gerecht zu werden. Am ehesten thut dies von den anderen Verfahren noch die Gussenbauer'sche Methode, die in der temporären Resektion beider Nasenbeine und der zugehörigen Septumpartien besteht. Sie hinterlässt aber eine mehr oder weniger auffallende Narbe. Außerdem muss bei derselben durch den engen Raum zwischen beiden Augen hindurch oft in einer Tiefe von 7 bis 8 cm operirt werden. Das kann unter Umständen äußerst unbequem sein. Eine viel breitere Zugangsstraße gewährt folgende Technik, die außerdem den Vortheil hat, keine äußerlich sichtbaren Spuren zu hinterlassen:

Allgemeine Narkose, gewöhnliche Rückenlage, temporäre Resektion des harten Gaumens nach Partsch (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVII). Die Mundschleimhaut wird an der Umschlagsstelle wie bei der Dekortikation quer von einer Tuberositas zur anderen durchschnitten und die Weichtheile etwas abgehoben. Dann wird der Nasenschleimhautschlauch beiderseits von der Wunde aus an der Apertura pyriformis eingeschnitten. Nun durchtrennt man mit einem sehr breiten Meißel (resp. der Kettensäge) über der Spina nasalis anterior gleichzeitig das Septum narium und die inneren und äußeren Wände beider Oberkieferhöhlen bis zum Tuber maxillae superioris (letzteres

nicht mit inbegriffen). Die Schleimhaut bleibt also auf den Böden der Nasenhöhle und beider Kieferhöhlen mit dem Knochen verbunden. Dann wird der harte Gaumen mit den Zähnen nach unten auf die Zunge heruntergeklappt.

Das Riechorgan ist nun durch den Eingriff in einen oberen und einen unteren Abschnitt getheilt, zwischen denen hindurch man die hintere Wand des Epipharynx und bei atrophischen Nasen auch dessen Dach und die Mündungen der beiden Eustachischen Trompeten sieht. Der Boden der Nasenhöhle zeigt 5 Knochenleisten, in der Mitte den Vomerdurchschnitt, seitlich die Innen- und Außenwände der Highmoreshöhlen. Dazwischen liegen 4 Gruben, die Böden der beiden Nasen- und der Kieferhöhlen.

Nach oben übersieht man das ganze Innere der Antra Highmori und die beiden unteren Nasengänge. Bei atrophischen Nasen erkennt man jetzt schon die 3 Muscheln und die Schädelbasis in der Keilbeingegend. Auch ist jetzt bei solchen schon der Eingang in die Keilbeinhöhlen sichtbar.

Handelt es sich dagegen um Nasen mit succulenter Schleimhaut, so sieht man nur die untere Fläche der unteren Muschel und deren Innenfläche. Biegt man das Septum etwas zur Seite, so kann man allenfalls den hintersten Abschnitt der Keilbeingegend überschauen. Unter allen Umständen erkennt man aber den umgebogenen oberen Rand der Choanalbegrenzung, der sich bei dieser Ansicht von vorn eben so ausnimmt, wie man ihn bei der Postrhinoskopie von hinten her zu sehen gewohnt ist.

Man trägt nun die untere Muschel ab. Es wird damit die untere Fläche der mittleren Muschel und der mittlere Nasengang sichtbar. Man erblickt ferner die Außenwand der Nase (id est die Innenwand der Kieferhöhle), man erkennt die untere Lefze des Hiatus semilunaris, so wie eine etwaige accessorische Ausmündung der Kieferhöhle. Nun kommt auch bei Schwellungszuständen des Riechorgans der Eingang in die Keilbeinhöhle, so wie das Dach des Epipharynx und die Tubengegend, die, wie gesagt, bei atrophischen Nasen schon vor der Entfernung der unteren Muschel erblickt werden, zum Vorschein. Immerhin ist auch jetzt bei einigermaßen enger Nase und geschwollener Schleimhaut die Fissura olfactoria noch nicht ihrer ganzen Länge nach zu übersehen. Trägt man nun die mittlere Muschel ab, so werden oberer Nasengang und Bulla ethmoidalis frei. Die obere Muschel, an die man jetzt gelangt, thut man gut, vorerst stehen zu lassen. Sie dient als Wegweiser bei der Ausräumung des Siebbeinlabyrinths. Medialwärts von derselben zwischen ihr und dem Septum liegt ja die Gegend der Foramina cribrosa. Hier heißt es besonders vorsichtig sein, damit man nicht unbeabsichtigt durch die Löcher der Siebplatte in die Schädelhöhle gelangt. Wenngleich man aus der Ohrenchirurgie weiß, dass solche zufälligen Eröffnungen des Cavum cranii nichts zu sagen haben, so braucht doch das, was am Ohre ungestraft geschieht, desshalb noch nicht

für die Nase gleich ungefährlich zu sein. Lässt man dagegen die obere Muschel stehen und räumt lateralwärts von ihr das Siebbeinlabyrinth aus, so erkennt man überall deutlich, so wie man auf die Schädelbasis gelangt. In einer großen Zahl von Leichenversuchen ist dieses Verhältnis nicht ein einziges Mal unklar geblieben, und man hätte ziemliche Gewalt anwenden müssen, um von hier aus in die Schädelhöhle einzudringen. Dagegen konnte man leicht, fast spielend, medialwärts von der oberen Muschel durch die Löcher der Siebplatte mit spitzen Instrumenten durchdringen. Lateralwärts von der oberen Muschel gelangt man zuvörderst an die innere Reihe der Siebbeinzellen, die man unter Führung des Spiegels respektive der elektrischen Stirnlampe leicht auszuräumen vermag. Mit der äußeren Reihe der Siebbeinzellen gelingt das jetzt noch nicht; hier springt noch die obere innere Kante der Highmoreshöhle zu weit nach innen vor. So wie man diese mit ein paar Meißelschlägen abgehauen hat, gelingt auch deren Ausräumung von unten her unter steter Führung des Auges. Ist nun die Schädelbasis über den Siebbeinzellen überall glatt freigelegt, so kann man auch die bis dahin stehen gebliebene obere Muschel entfernen. Führt man einen Stacke'schen Schützer in die breit eröffnete Keilbeinhöhle ein und schlägt deren Unterwand, so weit es leicht geht, ab, so hat man damit die ganze Nase ausgeräumt. Es bleibt nur noch ein einziger Nebenraum, die Stirnhöhle, übrig. Man kann von der Wunde in sie hineinkommen resp. eine breite Kommunikationsöffnung zwischen ihr und der ausgeräumten Nase herstellen. Da sie aber dem Auge auf diese Weise nicht in allen ihren Theilen zugänglich gemacht werden kann, so muss sie erforderlichen Falles doch noch außerdem durch breite osteoplastische Resektion ihrer Vorderwand eröffnet werden. Sonst aber gewährt die temporäre Resektion des harten Gaumens die Möglichkeit, die ganze Nase exakt unter Führung des Auges auszuräumen, so dass nichts mehr als die äußere knöcherne Kontour des Riechorgans übrig bleibt.

Die Nachbehandlung ist, so weit sich das bis jetzt beurtheilen lässt (Verfasser hat die Operation einmal ausgeführt, dabei aber nur die rechte Nasenhälfte, und auch diese nicht ganz, ausgeräumt), einfach. Nach Tamponade der Nasenhöhle wird der harte Gaumen zurückgeklappt, Nähen ist nicht nothwendig, da sich alle Theile von selbst an einander legen und so durch Muskelzug erhalten bleiben. Am 2. Tage konnte der Pat. des Verf. bereits Flüssigkeiten, am 6. oder 7. Tage festweiche Speisen zu sich nehmen, nach ca. 14 Tagen federte die Gaumenplatte nur noch wenig.

a. Die Hauptindikation für diese Operation sind Sinusitiden des Siebbeinlabyrinths und der Keilbeinhöhle.

b. In zweiter Linie kommt allgemeine Polypose in Betracht (Sick). Die totale Ausräumung ist ferner angezeigt:

c. bei tief im Innern der Nase eingekeilten Fremdkörpern, Ulcerationen, Tumoren, wohin man sonst auf keine Weise gelangen kann.

d. Bei schweren Septumanomalien, namentlich im hintersten obersten Abschnitte der Nasenscheidewand.

e. Bei Frakturen, Schusswunden der Nase, tief sitzenden Perichondritiden.

f. Bei ausgedehnter Tuberkulose der Nasenhöhle.

g. Vielleicht würde auch die Ozaena sich zur totalen Ausräumung eignen. Es käme auf den Versuch an, da ja die Ozaena so häufig mit Sinusitiden verbunden ist.

C. Die Freilegung der Basis cranii et cerebri.

Da man nach Ausräumung der Nase unter Abhebung des harten Gaumens eine breite, sehr bequeme Zugangsstraße hat, so kann man, namentlich wenn man beide Nasenlöcher ausgeräumt und auch das Septum weggenommen hat, die Basis cranii mit Leichtigkeit über der Nasenhöhle wegnehmen. Die betreffenden Knochen sind die vordere und untere Wand des Türkensattels, die kleinen Keilbeinflügel, die Siebplatte und die neben dem Siebbeinausschnitte belegenen Partien der Orbitalplatte des Stirnbeins. Sie sind dünn, aber ziemlich fest. Verf. benutzt als Schützer, um nicht die Dura beim Abmeißeln dieser Knochen zu verletzen, eine gewöhnliche Aneurysmanadel.

Schneidet man nach Abtragung des Knochens die Dura in der gewöhnlichen Weise ein und klappt zurück, so liegen die Medianpartien der Großhirnbasis von der Riechkolbengegend bis zur Hypophysis frei zu Tage. Die Duplikatur der Dura in der Hypophysisgegend ist besonders zu berücksichtigen. Die hierbei in Betracht kommenden Gefäße sind der vordere Abschnitt des Zirkels und seitlich von der Hypophysis die inneren Karotiden resp. die Sinus cavernosi.

Was das Instrumentarium zu diesen Operationen anbetrifft, so wendet Verf. zur Abtragung der Muscheln und des Septums ein zweischneidiges, über die Fläche gekrümmtes, starkes spitzes Messer an. Als Meißel haben sich Hohl- und Flachmeißel mit vorderer Abkrümmung (also umgekehrt wie die Stacke'schen) als brauchbar erwiesen. Endlich ist noch ein starkes Conchotom mit geradem, viereckigem Biss, zu empfehlen. Diese Instrumente sind bei H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. 67, zu haben.

---

1) **C. Bötticher.** Über Hepatopexie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 252.)

In der Gießener Klinik, aus welcher diese Arbeit hervorgegangen ist, hat Poppert 16mal zur Befestigungsnaht der beweglichen Leber, »Hepatopexie«, Anlass genommen. B. bespricht die klinischen Verhältnisse der Wanderleber bezw. Hepatoptose im Allgemeinen und referirt über sämmtliche zur Beseitigung des Leidens bislang ver-

öffentlichten Operationen, auch die nicht von Poppert stammenden, womit eine sehr instruktive Abhandlung geliefert ist. Die Dislokation bezw. Beweglichkeit hat verschiedene Grade, und soll zwischen totalen und partiellen Hepatoptosen unterschieden werden. Bei totaler Hepatoptose ist die Leber ganz aus ihrem Zusammenhange mit dem Zwerchfelle gelöst und in tiefere Bauchhöhlentheile herabgesunken. Das Leiden ist — wie überhaupt die Hepatoptose — bei Weibern häufiger, es kann angeboren oder erworben sein, je nach den es bedingenden Anlässen akut oder allmählich entstehen und veranlasst außer Schmerzempfindungen Magen-Darm- und Ernährungsstörungen. Die Geschwulst, die außer im Liegen auch im Stehen und Sitzen getastet werden muss, ist sehr häufig diagnostisch missdeutet und nur selten vor der Laparotomie richtig als Leber erkannt. Eine Mittelstellung zwischen totaler und partieller Hepatoptose nimmt als »Anteversio hepatis« (Landau) der Zustand ein, wo die Leber zwar in der Zwerchfellkuppel verblieben, aber um die transversale Achse nach vorn und unten rotirt ist, was meistens Folge von Schnüren ist. Auch bei der partiellen Hepatoptose bleibt die Leber in der Zwerchfellskonkavität, aber ein Theil (Lappen) von ihr hat eine Längenvergrößerung erfahren und ist zu einem exquisit lappenförmigen, mehr oder weniger gestielten Gebilde ausgewachsen, »lobe flottant«. Hierher gehören die durch Riedel bekannt gewordenen, Gallenblasensteinleiden begleitenden »zungenförmigen« rechten Leberlappen und die so häufigen Schnürlappen der Leber. Sonstige Ptosen der Bauchorgane, namentlich Wandernieren sind sehr gewöhnliche Begleitleiden.

In allen Fällen, wo die genannten Anomalien starke Beschwerden verursachen und Bandagenbehandlung nutzlos ist, kommt die chirurgische Behandlung in Frage. Der Regel nach wird man mit die Leber an die Bauchwand heftenden Nähten, verbunden mit intraperitonealer Jodoformgazetamponade, Zwecks Adhäsionsbildung zwischen Leberserosa und Peritoneum parietale und diaphragmaticum auskommen. Es empfiehlt sich ein querer Bauchschnitt. Ist dann die gesunkene Leber möglichst reponirt, so werden 4—8 Seidennähte mit dünner runder Nadel in Rippenbogenhöhe 1—1½ cm tief durch die Leberoberfläche gestochen und dann möglichst tief durch Peritoneum und Muskulatur geführt. Jodoformgaze zwischen Leberkonvexität und Zwerchfell, zur Wunde hinausgeleitet, 14 Tage liegen bleibend; Bettruhe 4 Wochen lang. Dies das Normalverfahren. Für schwere Fälle totaler Hepatoptose hält B. das Dépage'sche Verfahren mit »Laparektomie« für erprobenswerth. Dasselbe ist auf allgemeine Splanchnoptose mit schlaffem, weitem Hängebauche berechnet und besteht in einer ergiebigen Resektion von Bauchhaut nebst Entfernung der Linea alba. Zur Reposition und Festlegung der Leber wird die Kürzung des Lig. teres hepatis ausgeführt. Péan bildete in einem Falle für die Leber eine Art Suspensorium, indem er unterhalb von ihr vorderes und hinteres Parietalperitoneum zusammennähte. Nach

Legueu endlich soll die Leber mittels eines langen Fadens, der durch den Lappen durchgeführt, an der Unterfläche, die Gallenblase vermeidend, quer läuft und im linken Lappen wieder durchs Parenchym nach oben durchgeführt wird, aufgehängt werden.

Von den gesammelten 45 Operationsfällen haben 2 an Peritonitis bezw. Chok tödlich geendet. Die Genesenen scheinen größtentheils durch die Operation bedeutende Besserung, selbst Heilung ihrer Beschwerden gefunden zu haben. Bei Einigen wurde übrigens die Hepatopexie nur als Zugabe zu Gallensteinoperationen ausgeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **J. E. Summers jr.** Indications for the drainage in diseases of the biliary passages and the technic of operation.

(Philadelphia med. journ. 1900. Oktober 6.)

Verf. empfiehlt nach dem Vorgange eines Dr. W. D. Jones (Nebraska) eine Modifikation der Gallenblasendrainage, die darin besteht, dass die Neigung zur schnellen Verwachsung sero-seröser Flächen auch auf die Gallenblase übertragen, i. e. durch eine die Wundränder der Gallenblase einstülpende Naht bei Anlegung der Fistel die Vorbedingung für einen schnellen Verschluss (meistens innerhalb 24 Stunden) der Drainageöffnung geschaffen wird.

Die Gallenblase wird in der gewöhnlichen Weise in das Bauchfell eingenäht, so dass 1—1,5 cm Zwischenraum zwischen Naht und Gallenblasenincision zu liegen kommt. Jetzt werden zur Umstülpung der Wundränder der Gallenblase Matratzennähte angelegt und zwar so, dass man durch Aponeurose und Muskel unter Vermeidung des Bauchfells in die Gallenblase unmittelbar nahe der Nahtlinie ein- und nahe dem Wundrande der Insuffienzöffnung aussticht, dann in einer Entfernung von ca. 1 cm wieder nahe dem Wundrande einsticht, bei der Peritonealnaht herauskommt und unter Vermeidung des Bauchfells wieder durch Muskel und Aponeurose geht und knüpft. Ungefähr 4 solche Doppelnähte und 2 einfache für die beiden Enden der Wunde, in derselben Weise angelegt, genügen, ein Knopfloch mit abgerundeten peritonealen Rändern herzustellen, das sich später nach Entfernung des Drainrohres durch einfaches Einandernähern der Wundränder außerordentlich schnell zum definitiven Verschlusse bringen lässt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

3) **Lanz** (Bern). Über die Kastration bei Prostatahypertrophie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 11.)

Gestützt auf 4 eigene Beobachtungen empfiehlt L. im Gegensatze zu seinem verstorbenen Landsmann Socin die Kastration bei Prostatahypertrophie, indem er eine Dekongestion der Vorsteherdrüse auf angioneurotischem Wege von ihr erwartet. Unter Lokalanästhesie sei auch bei reducirten alten Leuten der Eingriff ungefährlich. L.

hat 3 völlige symptomatische Heilungen und hat nie Ausfallserscheinungen beobachtet. Er lässt die Greise vom ersten Tage ab umhergehen. Zum Zwecke einer möglichst weitgehenden Zerstörung des Plexus deferentialis empfiehlt er eine weitgehende Resektion des Samenstranges. **P. Stolper** (Breslau).

---

4) **G. Lotheissen.** Zur operativen Behandlung der Blasenektopie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

L. berichtet über 2 Fälle von Blasenektopie, bei welchen der Verschluss nach Czerny durch Ablösung und direkte Vernähung der Blasenränder vorgenommen wurde. Im ersten Falle war außerdem das Schlange'sche Verfahren angewandt worden mit der Modifikation, dass das mit dem Ansatze der Mm. recti abgemeißelte Knochenstück nicht nur nach innen, sondern auch abwärts verschoben wurde, so dass es möglich war, dasselbe jederseits an den inneren Rand der Symphyse durch eine tief fassende Naht zu befestigen und dadurch die Beckenspalte zu verkleinern. Die Resultate waren sehr ermuthigend. Im ersten Falle wurde ein völliger Verschluss bis auf eine kleine Fistel am Blasenhalse erzielt. Bei Tage trug der Knabe eine Pelotte, durch die er den Harn 3—4 Stunden lang zurückhalten konnte, Nachts hatte er für 1—2 Stunden auch ohne Pelotte Kontinenz. Im zweiten Falle schien sich eine aktive Kontinenz gebildet zu haben. Der Knabe konnte schließlich ohne jeden Apparat den Urin 1 Stunde lang zurückhalten. Eine Gegenüberstellung der verschiedenen Behandlungsmethoden führt Verf. zu dem Schlusse, dass man die Ableitungsverfahren erst dann anwenden soll, wenn die plastischen Methoden versagt haben.

Honsell (Tübingen).

---

5) **W. Stöckel.** Ureterfisteln und Ureterverletzungen.

Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900. 150 S.

Ausführliche Monographie aus der Klinik von Fritsch in Bonn, mit großem, 347 Nummern zählendem Litteraturverzeichnis.

Als Normaloperation bei Harnleiterfisteln, gegen welche die älteren vaginalen Verfahren vollständig zurücktreten, ist die abdominale Einpflanzung des Harnleiters in die Blase anzusehen. Bei gewissen Fällen (s. unten) ist aber auch heute noch die Nephrektomie indicirt. Über die Technik ist Einigung noch nicht erzielt, namentlich lässt sich nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht sicher entscheiden, ob die Einpflanzung intraperitoneal (Krause) oder theilweise (Witzel) oder ganz extraperitoneal (Veit, Mackenrodt) gemacht werden soll. Letzteres, scheinbar idealstes Verfahren stößt wohl bei Verwachsungen und Schwarten auf unüberwindliche Hindernisse. Das vesikale Harnleiterende braucht nach den Erfahrungen von Fritsch und nach Thierversuchen des Verf. nicht versorgt, weder abgebunden noch vernäht zu werden.

Wird bei einer abdominalen Operation die Verletzung des Harnleiters rechtzeitig erkannt, so ist in erster Linie ebenfalls die Einpflanzung des Harnleiters in die Blase zu versuchen. Gelingt dies nicht, weil die Verletzung zu entfernt von der Blase liegt, so darf man versuchen, die Harnleiterenden an einander zu nähen, entweder direkt oder mittels End- zu Seit-Anastomose, welch beide Verfahren wiederholt geglückt sind. Ist die Vereinigung wegen großen Abstandes der Enden unmöglich, so muss die Niere sofort entfernt oder vorerst der Harnleiter in die Bauchwunde eingenäht werden.

Fritsch hat 4mal die abdominale Implantation nach den Vorschriften Witzel's vorgenommen, stets mit vollständigem Erfolge: Trendelenburg'sche Lage, Bauchschnitt in der Mittellinie, Aufsuchen und gründliches Isoliren des Harnleiters. Dessen Ende wird mindestens 1 cm weit in die Blase hineingesteckt, durch einen durch die Harnröhre geleiteten Zügel gehalten und cirkulär mit Katgut in die Blase eingenäht. Damit jeder Zug an der Nahtstelle wegfällt, kann die Blase gegen den Harnleiter hin und letzterer gegen die Blase hin durch einige Nähte fixirt werden. Präventive Sondirung des Harnleiters von der Fistel aus erleichtert sein Auffinden und Freipräpariren bedeutend. 2mal wurde die Nahtstelle drainirt, 2mal ohne Weiteres versenkt.

In einem 5. Falle war die Scheide vorgefallen und konnte der Harnleiter von unten her 4 cm weit frei präparirt und in die Blase eingepflanzt werden.

Indikationen für die Nephrektomie sind nach Fritsch, die Funktionstüchtigkeit der anderen Niere vorausgesetzt:

1) Zu große technische Schwierigkeiten bei der Einpflanzung.

2) Pathologischer Zustand der zum verletzten Harnleiter gehörigen Niere.

3) Hohes Alter, schlechtes Allgemeinbefinden, welche eine längere Laparotomie nicht zulassen.

4) Recidiv einer bösartigen Neubildung an der Stelle der Fistel.

5) Bei frischer Verletzung des Harnleiters, wenn ein zu großes Stück desselben weggeschnitten worden ist.

Aus Indikation 2 hat Fritsch 2mal, aus Indikation 3 1mal die Niere entfernt, immer mit gutem Ausgange. **Brunner** (Zürich).

Kleinere Mittheilungen.

Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus.

Von

Dr. Arnold Keiler in Berlin.

Am 6. December 1899 wurde mir ein Kind von der Hebamme gezeigt, welches Tags zuvor geboren war, mit der Bitte, das Geschlecht des Neugeborenen zu bestimmen. Es handelte sich um ein ausgetragenes, gut entwickeltes Kind, wie ich vorweg bemerken will, um einen Knaben, an dem, abgesehen von den Geschlechts-

theilen, sich keine Abnormitäten fanden. Aus der Anamnese ließ sich keine Besonderheit bezüglich Heredität etc. feststellen.

In der Geschlechtsgegend bemerkte man zu beiden Seiten des wohl entwickelten Penis zwei labienähnliche Wülste, deren Haut aber runzlig und mit Talgdrüsen besetzt war. Bei leichtem Zufassen fühlte man beiderseits deutlich ein hoden- und nebenhodenartiges Gebilde. Zwischen diesen Hodensäcken ragte der Penis vor mit mangelhaft entwickelter Vorhaut. Nur auf der Rückseite war ein spärlicher Rest des Präputium vorhanden. Es machte ganz den Eindruck, als ob eine Circumcision vorangegangen wäre. Auf der Unterfläche der Glans befand sich eine feine stecknadelspitzgroße Öffnung der Harnröhre, die erst entdeckt wurde, als das Kind Urin ließ. Von der Peniswurzel aus zogen zwei Hautfalten zum Damme, während die beiden Hodensäcke zwischen sich eine Vertiefung ließen, die dem Sinus urogenitalis entsprach, ohne aber irgend eine Andeutung von Vagina etc. erkennen zu lassen. Das Kind ließ spontan Urin und Stuhlgang.

Es handelte sich also um einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus, welcher nach Virchow[1] ja erheblich seltener ist, als der weibliche Typus. Die Ursache ist in einer mangelhaften und nicht abgeschlossenen Entwicklung der äußeren Genitalien zu suchen. Die Hodensäcke sind nicht zur Verwachsung gekommen, die Entwicklung des Präputium ist zurückgeblieben; außerdem besteht Hypospadie. Darin ähnelt der Fall am meisten dem von Hansemann[2] beschriebenen 82jährigen Manne, bei dem die gleichen Missbildungen vorhanden waren, nur mit dem Unterschiede, dass hier die Harnröhre schon in der Gegend der Pars perinealis mündete.

---

6) XIII. Internationaler medicinischer Kongress zu Paris vom 2. bis 9. August 1900.

Aus der Sektion für Chirurgie.

(Nach dem Berichte in Revue de chirurgie 1900. Hft. 9.)

(Fortsetzung.)

M. T. Jonnesco (Bukarest): Splénectomie.

32 Splenektomien (seit 1896), 28mal wegen Malaria, 3mal bei Leukämie, in 1 Falle wegen Echinococcus.

Schlüsse: 1) Die Milzentfernung ist nicht angezeigt bei der leukämischen Hypertrophie, selbst wenn der Allgemeinzustand befriedigend ist. 3 Operationen mit 3 Todesfällen allein in Folge der Leukämie.

2) Beim Milzechinococcus ist die Entfernung des Organes die Methode der Wahl.

3) Bei Malariahypertrophie (28 Fälle, 8 Todesfälle) ist die Exstirpation immer angezeigt, ausgenommen bei gleichzeitiger atrophischer Lebercirrhose, zu ausgedehnten Verwachsungen, zu ausgeprägtem Ascites, Pleuritis, zu schlechtem Allgemeinzustande. Dagegen ist eine leichte Leberhypertrophie, mäßiger Ascites, selbst sehr vorgeschrittene Malariakachexie, leichte Leukocytose, hohes Alter des Pat. und großer Umfang der Milz keine Gegenanzeige. Die Operation sollte in allen diesen Fällen möglichst frühzeitig gemacht werden. Sie ist um so leichter, je beweglicher die Milz ist; bei fixirter, wenn auch nicht verwachsener Milz ist die Blutstillung schwierig, aber immer möglich. Die häufigsten Komplikationen nach der Operation sind: Pneumonie, Perikarditis und Pleuritis, Nachblutung, Peritonitis. Nachblutung wird am besten durch Unterbindung des Stieles in 2 bis 3 Portionen vermieden. Der therapeutische Effekt der Operation ist ein ausgezeichneter: Aufhören der Fieberanfälle, Hebung des Allgemeinzustandes, Heilung des Ascites.

---

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 8. (Sitzung der Berliner med. Gesellschaft.)

[2] Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 25.

4 der Operirten, welche 2—4 Jahre nach der Operation noch beobachtet werden konnten, waren vollkommen geheilt. Die rothen Blutkörperchen vermehren sich rasch von 2—3 auf 4—6 Millionen, die weißen kehren nach vorübergehender Vermehrung zu normalen Mengen zurück. Die Splenektomie bei Malaria soll bei deutlicher Milzvergrößerung, welche innerer Behandlung trotzt, immer gemacht werden. Sie ist im Stande, die Infektion zu kupiren und das Zustandekommen von Kachexie und schweren Leberveränderungen zu verhindern.

M. Michaïlowsky (Sofia): La splénectomie dans la splénomégalie malarique.

16 Fälle, 15mal wurde die Milz wegen Malaria entfernt, 1mal wegen traumatischer Blutcyste. M. bestätigt die günstigen Erfahrungen Jonnesco's. Bei dickem Stiele legt M. 2 gesonderte Unterbindungen an und unterbindet dann noch jedes Gefäß für sich. Bei einer im 5. Monate Schwangeren verursachte die Operation keinerlei Störung der Schwangerschaft. Einzelnen, länger als 1 Jahr beobachteten Operirten ging es andauernd gut. Das Gewicht der entfernten Milzen betrug 1800—4000 g. M. verlor von 16 nur 1 Fall an Pleuropneumonie. Die Indikationen zur Operation werden in gleicher Weise wie von Jonnesco gestellt.

T. Jonnesco (Bukarest): Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

1) Punktion mit nachfolgender Injektion: wirkt unsicher und ist gefährlich. 2) Die Taschenbildung: nur zu empfehlen bei vereiterten Cysten und solchen, deren verkalkte Wandung sich nicht mehr retrahiren kann. Sehr lange Heilungsdauer. 3) Incision mit nachfolgender Ausräumung und Vernähung der Cyste, sodann Versenken des Sackes ohne Drainage: Operation der Wahl. J. hat so 6 Fälle von Faustgröße bis zu 20—30 cm Durchmesser mit Erfolg operirt. Gallenerguss in die Cyste bildet keine Gegenanzeige (1 Fall dieser Art geheilt). 4) Exstirpation der Cyste: nur ausnahmsweise möglich.

H. Vegas et D. Cranwell: Les kystes hydatiques dans la république Argentine.

943 Echinococcusfälle aus dem Hospitale von Buenos Aires. Die Mehrzahl der Kranken stammte aus der Provinz und Stadt Buenos Aires, woselbst Hunde und Hornvieh massenhaft vorhanden sind. Bei den Lebercysten ist die Taschenbildung und Drainage die Methode der Wahl. Sie ergab 4,5% Sterblichkeit gegenüber 5,5% bei den mit Entfernung der Keimhaut und Vernähung des Sackes ohne Drainage behandelten Cysten. Jedoch kam es in 19 = 26% der letzteren Fälle zu Eiterbildung im Sacke, welche zu Wiedereröffnung des Leibes und Drainage zwang, trotzdem nur Fälle mit klarem Cysteninhalte so behandelt worden waren. Den Grund finden Verff. darin, dass nach Untersuchungen von Vinas sich Eitererreger in der klaren Cystenflüssigkeit und der Wandung der Cyste finden lassen. Alle Cysten mit verdächtigem Inhalte wurden mit Taschenbildung behandelt.

Bei den Lungencysten sind die Erfolge bei beiden Methoden ungefähr gleich.

Die Hirncysten, mit Trepanation mit oder ohne Drainage behandelt, hatten 42,8% Sterblichkeit. Die gleiche Zahl gilt für die multiplen Cysten im Bauche, bei welchen 19% Besserungen beobachtet wurden.

M. Hache (Beyrouth): Traitement des abcès du foie. Danger de la méthode de Little.

19 Beobachtungen, 12mal Operation nach Little mit freiem Einschnitte mit 2 Todesfällen an Peritonitis. Die direkte Incision des Abscesses ohne Schutz der Peritonealhöhle ist zu verwerfen, da die Verwachsungen gewöhnlich bei frühzeitiger Operation fehlen oder nicht genügen, der Eiter sehr oft nicht steril ist. H. vernäht daher die Bauchwundränder mit der Leberoberfläche. Der epigastrische Einschnitt ist dem interkostalen vorzuziehen. Punktionen des Abscesses, selbst wiederholte, sind oft zur Diagnose nothwendig und unbedenklich. Die Leberincision soll auf einem Leittrokar gemacht werden. Von 19 Pat. starben 7, 4 an Recidiv oder fortwährenden Durchfällen, 3 an Peritonitis, welche 1mal schon vor der Operation bestand.

M. Giordano (Wien): Contribution à la thérapeutique chirurgicale de l'abcès du foie.

G. operirte in den letzten 6 Jahren zu Venedig 72 Fälle von Leberabscess; in 58,4% war der Eiter steril, in 20,7% enthielt er Amöben, in 9,6% Bacterium coli und Eiterkokken. Die Dauer der Erkrankung hat auf die Sterilität des Eiters keinen Einfluss. Im Beginne der Erkrankung fühlt man an der Stelle der eitrigen Hepatitis keine Fluktuation, sondern hat das Gefühl einer in die Leber eingebetteten Geschwulst. Schnittführung entlang dem Rippenbogen, einzeitige Operation, Schutz der Peritonealhöhle durch kreisförmige Gazetamponade rings um den Herd herum. Von 72 so operirten Fällen endeten 41,6% tödlich.

M. H. Reynès (Marseille): Lithiase biliaire à forme d'appendicite, cholécystotomie trans-hépatique.

60jährige Frau, unter allen Erscheinungen einer Appendicitis erkrankt. Bei der Operation wird der Wurmfortsatz gesund befunden, dagegen entzündliche Verwachsungen zwischen Blinddarm und unterem Leberrande. Untere Leberfläche mitsammt der Gallenblase in dichte Verwachsungen eingebettet. Unter der Annahme einer chronischen Cholecystitis mit Steinbildung Punktion der Gallenblase durch die Lebersubstanz hindurch, Spaltung der Leber auf dem Trokar bis in die Gallenblase, Drainage derselben. Heilung.

S. Pozzi (Paris): 1) Calcul biliaire arrêté dans l'ampoule de Vater. 2) Énorme calcul de l'urétère.

Fall 1) Seit 3 Monaten plötzlich entstandener Ikterus, Abmagerung; Entfernung eines Steines aus der Ampulla Vateri nach Eröffnung des Duodenum und Erweiterung der Ampullenmündung durch Spaltung derselben. Naht des Duodenum. Drainage. Heilung.

Fall 2) Entfernung von Harnleitersteinen durch Incision des Harnleiters an mehreren Stellen desselben. Heilung seit 6 Monaten.

M. Michaux (Paris): De la cholécystectomie envisagée dans les résultats immédiats et éloignés.

Bei 50 Operationen an den Gallenwegen machte M. 32mal die Entfernung der Gallenblase bei verdickter Wandung, Schrumpfung und Steingehalt. Bei infektiösen Processen an der Gallenblase (28 Fälle, 4 gestorben) ist die Entfernung das Verfahren der Wahl. 6mal wurde außer der Entfernung der Gallenblase noch zugleich die Choledochotomie nothwendig. Gallenfluss aus der Wunde trat bei den Cystektomien trotz Unterbindung des Cysticus häufiger auf, 8 Tage bis $3^1/_2$ Monate anhaltend. Die Galle stammt wahrscheinlich von der unteren Leberfläche oder einem Vas aberrans. Schmerzen in Folge von Verwachsungen im Bereiche des Cysticusstumpfes beobachtete Vortr. im späteren Verlaufe häufig; trotzdem immer bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes durch die Operation. Die Cholecystektomie giebt bei den oben genannten Fällen bessere Resultate, als die Cholecystotomie.

M. J. Boeckel (Straßburg): Chirurgie du pancréas.

Frische Verletzungen des Pankreas verlaufen meist in kurzer Zeit tödlich in Folge von Blutung und Verletzung der Nachbarorgane. 10 Fälle mit 8 Todesfällen. Die einzig mögliche Behandlung ist die Tamponade der Wunde. Bei Entzündungen und Geschwülsten ist die Operation gewöhnlich einfach, wenn Blutergüsse oder Eiteransammlungen nach außen durchgebrochen sind und sich in der Umgebung der Drüse abgesackt haben, eben so bei soliden Geschwülsten, welche sich nach außen entwickelt haben. Bleibt die Erkrankung auf die Drüse beschränkt, so ist der chirurgische Eingriff schwieriger wegen der versteckten Lage und der Nachbarschaft größerer Gefäße. Totale Entfernung zieht rasch tödlichen Diabetes nach sich.

Operationsmethoden: 1) Supragastrisches Vorgehen in den seltenen Fällen von Geschwülsten, welche oberhalb der kleinen Curvatur des Magens zum Vorscheine kommen. 2) Der gastro-kolische Weg, Verfahren der Wahl. 3) Der transmesokolische Weg, bei Geschwülsten, welche sich zwischen den Blättern des Mesocolon

eingebettet haben. 4) Extraperitonealer Flankenschnitt, ausnahmsweise bei vom Pankreasschwanze ausgehenden Geschwülsten.

Statistik sämmtlicher bisher bekannt gewordener Operationen:

1) Pancreatitis purulenta et gangraenosa: 20 Fälle, 11 Heilungen. 2) Pancreatitis haemorrhagica: 23 Fälle, 5 Heilungen. 3) Solide Geschwülste: 11 Fälle, 8 Heilungen, darunter 4 dauernde. 4) Cysten: 144 Fälle; einzeitig operirt 99 mit 92 Heilungen; zweizeitig: 16 Heilungen. 5) Vollständige oder theilweise Entfernungen der Drüse: 25 mit 21 Heilungen. 6) Fälle ohne nähere Angaben: 4 mit 3 Heilungen. Die Totalexstirpation kommt nur bei beweglichen und leicht zu stielenden Cysten in Frage.

Palliativoperationen bei Kompression von Choledochus und Duodenum (meist durch bösartige Geschwülste): 1) Cholecystenterostomien: 15 mit 8 Heilungen (nur 1 über 14 Monate). 2) Cholecysto-Gastrostomien: 4 Fälle mit sehr vorübergehender Besserung. 3) Pankreatico-Enterostomie: 1 Fall ohne Erfolg. 4) Gastroenterostomien: 2, davon 1 schnell, 1 nach 4 Monaten gestorben. Bei der chronischen Entzündung des Pankreaskopfes können Palliativoperationen bei nicht zu alten Fällen direkt kurativ wirken (Nachlassen der Entzündung).

A. Ceccherelli (Parma): La chirurgie du pancréas.

C. bespricht in 24 Thesen den heutigen Stand der Pankreaschirurgie. Erwähnenswerth ist Folgendes:

Es ist experimentell bewiesen, dass die Entfernung des Pankreas möglich und mit der Fortdauer des Lebens vereinbar ist. Ob auch beim Menschen, ist nicht bewiesen. Die Entfernung ist kontraindicirt bei tuberkulösen und luetischen Processen. Die theilweise Entfernung soll so geschehen, dass man einen der beiden Kanäle der Drüse zurücklässt, unter der Voraussetzung, dass der Ductus Santorini nicht blind endet.

Bei Pankreassteinen soll die Extraktion der Konkremente ausgeführt werden.

Bei der Pankreatitis suppurativa und gangraenosa soll man abwarten, bis das akut-entzündliche Stadium vorüber ist. Die Entfernung eines Stückes des infiltrirten oder nekrotischen Pankreas wird hierbei oft nothwendig.

Bei der in Folge von Verletzung aufgetretenen Pankreashernie kann außer der Reposition die Fixation des Pankreas nothwendig sein, eben so beim Pancreas mobilis.

Bei Pankreaskontusionen und sonstigen Verletzungen ist der chirurgische Eingriff angezeigt, sobald Blutung auftritt.

Ist es bei Verschluss der Mündung des Ductus Wirsungianus nicht möglich, einen neuen Weg herzustellen, so muss eine Pankreasfistel angelegt werden.

Die durch das Pankreasparenchym gelegten Nähte (bei Blutungen etc.) werden eben so wie in der Leber, Niere, Milz gut ertragen.

Bei Verletzungen des Pankreasganges: Naht desselben ohne Mitfassen der innersten Schicht der Wandung.

Das Pankreas ist einer Regeneration fähig. Nach vollständiger Entfernung der Drüse tritt starke Vergrößerung der Galeati'schen Drüsen auf.

Erguss von Pankreassekret in die freie Bauchhöhle zieht bei normalem Sekret niemals Peritonitis nach sich.

M. Robson (Leeds): Chirurgie du pancréas.

1) Carcinom. 50 Beobachtungen, meist im Alter von über 40 Jahren vorkommend; bei jüngeren Leuten ist die Verwechslung mit Pancreatitis chronica häufig. Die Entfernung der krebsigen Partie ist nur am Körper und Schwanze der Drüse möglich. Von 13 mit Cholecystotomie oder Cholecystenterostomie behandelten Pat. lebten 9 noch einige Zeit mit bedeutender Verminderung ihrer Beschwerden.

Mit Rücksicht auf die immer mögliche Verwechslung des Carcinoms mit einfacher chronischer Entzündung ist R. für Operation in allen nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen, besonders bei jüngeren Personen.

2) Pankreascysten: 4 Incisionen mit 3 Heilungen, eine zur Heilung gelangte Exstirpation.

3) Pankreatitis: 4 nach Ausbildung des Abscesses operirte Fälle eitriger Entzündung, davon 2 geheilt nach Eiterentleerung auf dem Lumbalwege; dagegen starben die beiden anderen, von vorn operirten Kranken, bei denen es zu Eiterdurchbruch in den Magen und eitrigem Erbrechen gekommen war. Bei einem weiteren Falle, bei welchem der Abscess in den Darm durchgebrochen war, trat Heilung ohne Operation ein. Zur Feststellung der Diagnose muss bei diesen Formen meist zunächst die Laparotomie gemacht werden. Trotzdem empfiehlt sich dann die Eiterentleerung auf dem Lumbalwege. R. fand häufig bei Operationen wegen Gallensteinerscheinungen eine chronische, interstitielle, obturirende Pankreatitis als Ursache dieser Symptome vor. 15 Fälle mit 14 Heilungen durch Palliativoperationen (Cholecystenterostomie etc.). Die chronische interstitielle Pankreatitis ist eine regelmäßige Begleiterscheinung bei Choledochussteinen, eben so bei infektiöser oder eitriger Cholangitis. In den letzteren Fällen bringt die Cholecystotomie auch die Pankreasentzündung zur Heilung. Zur Entfernung von Pankreassteinen empfiehlt R. die Freilegung des Pankreasganges durch eine Incision im mittleren Abschnitte des Duodenum.

M. Villar (Bordeaux): Diagnostic et traitement des tumeurs du pancréas.

Bei 2 von V. beobachteten, unglücklich verlaufenen Laparotomien wurde erst bei der Sektion erkannt, dass es sich um eine Pankreaserkrankung gehandelt hatte, und zwar um eine Verletzung resp. Carcinom mit sekundärem Darmverschlusse. Ein von Griffon angegebenes Zeichen: von links nach rechts und in die Fossa iliaca ausstrahlende Schmerzen der Pankreasgegend, hält Vortr. für bedeutsam, eben so bei Geschwülsten eine oben von Magenschall, unten von Colonschall begrenzte Dämpfung, welche allerdings auch direkt in die Leberdämpfung übergehen kann. V. geht dann auf die Differentialdiagnose der einzelnen Formen von Cysten und sonstigen Geschwülsten ein. Behandlung 1) der Cysten: Exstirpation ist selten möglich, Incision und Taschenbildung giebt gute Resultate; 2) der Geschwülste: bei gutartigen Exstirpation; dieselbe ist bei den bösartigen meist nicht möglich, am ersten noch bei den vom Schwanze der Drüse ausgehenden Geschwülsten.

V. Soubbotitch (Belgrad): Sur un cas opéré de kyste hématique du pancréas.

Im Anschlusse an ein Trauma entwickelte sich eine chronische, indurirende Pankreatitis, Abschnürung der Ausführungsgänge, multiple Cystenbildung, Blutung in das Innere einer kindskopfgroßen Cyste. Erfolg der Operation wird nicht genannt.

H. Delagénière (Le Mans): Exstrophie de la vessie, guérie par la méthode de Trendelenburg.

11jähriges Kind mit Blasenektopie; früher bereits mehrere Operationen ohne Erfolg. D. operirte nach Trendelenburg; 7 Komplementäroperationen wurden nach der ersten noch erforderlich. Zur Zeit ist Radikalheilung mit Kontinenz und vollkommener Funktion des Sphinkters erreicht.

J. Frank (Chicago): Sur l'anastomose vésico-rectale.

Bei Thierversuchen über einseitige oder doppelseitige Einpflanzung des Harnleiters in den Darm sah F. immer eine ascendirende Infektion der Nieren entstehen. Eine solche wurde vermieden bei Anlegung einer Anastomose zwischen Blase und Mastdarm (bei Hunden). Die Operation wurde vom Damme aus mittels des vom Vortr. angegebenen entkalkten Knochenknopfes ausgeführt. Von 15 so operirten Thieren starben 6. Bei den Überlebenden ging nach anfänglichen schweren Störungen Harn- und Kothentleerung durch den Mastdarm glatt vor sich. Vortr. hält die Operation bei Blasenektopien und Fällen, in welchen eine suprapubische oder perineale Eröffnung der Blase angezeigt wäre, als Ersatzoperation für geeignet.

Biondi (Siena): **Nouveau procédé de fixation du rein mobile.**

Nach Freilegung der Niere und Lagerung in ihre normale Nische wird ein langer Gazestreifen gegen das Organ geführt und in zahlreichen Zickzacktouren nach außen und innen eingeführt, bis die Niere durch die Tamponade fest in normaler Lage fixirt ist. Der Streifen wird aus dem unteren Wundwinkel nach außen geleitet und nach 7—8 Tagen entfernt. Die Niere ist dann fest fixirt. Vorzüge der Methode sind: die Vermeidung der Aufhängung an der Rippe und der Rippenresektion, der Fäden, der Schädigung des Nierengewebes. Die Heilung ist nach 20 Tagen vollendet. In 13 so operirten Fällen war der Erfolg immer ein guter.

Mignon et Sieur (Paris): De la périépididymite variqueuse.

Die Erkrankung nimmt ihren Ausgang von einer Venenerweiterung am Schwanze des Nebenhodens und am Ursprunge des Samenstranges und bildet um diese Theile herum eine rundliche, variköse, in älteren Fällen kavernöse Geschwulst, welche am Nebenhoden mehr oder weniger hoch emporsteigen kann. Unter dem Einflusse von Kongestionen ändern sich Konsistenz und Umfang der Geschwulst, so dass sie sehr hart und daumendick werden kann. Bei chronischen Reizen tritt bindegewebige Verhärtung, Hydrocele, Hodenatrophie auf. Die Erkrankung kann dann zu Verwechslungen mit der tuberkulösen Nebenhodenentzündung Anlass geben. Behandlung: Ruhe, Suspensorium, Vermeidung aller zu Kongestion und Stase in den Venen führenden Umstände, bei gleichzeitig bestehender umfangreicher Varikocele Behandlung dieser.

Mauclaire (Paris): Résultats éloignés du traitement de la tuberculose epididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des élements du cordon spermatique.

M. erzielte bei 18 mit doppelter Unterbindung des Samenstranges und Durchschneidung desselben behandelten Fällen von tuberkulöser Nebenhoden- und Hodenentzündung folgende Resultate:

Einfache Atrophie der ganzen inficirten Partie tritt besonders bei Fällen ohne Fistelbildung und Eiterung auf (3). Hoden und Nebenhoden werden kleiner, härter und schmerzlos, Prostataerkrankungen gehen deutlich zurück. In einer 2. Reihe von Fällen geht die Atrophie langsamer vor sich, es bildet sich eine Fistel, und nach etwa 4 Monaten tritt völlige Heilung ein. Bei ausgedehnter Eiterung sind die Erfolge wenig befriedigend, da die Infektion weiter geht. Hier sind sekundäre Eingriffe erforderlich.

Carlier (Lille): Résultats de la résection du cordon spermatique.

5 Fälle. Die aseptisch ausgeführte Resektion sämmtlicher Bestandtheile des Samenstranges führt nicht zu Hodennekrose, und zwar in Folge arterieller Anastomose zwischen Samenstrang und seinen Häuten. Die nach der Operation auftretende Hodenatrophie ist bei Leuten über 50 Jahren wenig ausgeprägt und kann ganz fehlen (2 Jahre beobachtet); dagegen tritt sie bei jüngeren Individuen nach Verletzung der Art. spermatica (bei Bruch- oder Varikocelenoperationen) oft sehr rasch auf, und zwar in Folge fehlender oder ungenügender Kollateralen.

Mohr (Bielefeld).

(Schluss folgt.)

---

7) Könitzer. Über multiple Echinokokken der Leber.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 549.)

K. theilt aus dem Stettiner Diakonissenhause (Prof. Haeckel) einen einschlägigen Fall mit. Es handelte sich bei der 24jährigen Pat. um nicht weniger als 5 in 2 Gruppen angeordnete Echinokokkencysten, die durch 3 Operationsakte versorgt wurden. Akt I: Bauchschnitt in der Mittellinie. Zweizeitige Eröffnung der sich einstellenden Cyste, welche mit Cyste 2 nach oben hin kommunicirt. Ausräumung und Drainage beider Höhlen. Fortbestehen von Beschwerden und Vergrößerung der rechten Leberhälfte, Schmerzen vorn rechts in der Gegend der mittleren Rippe. Desshalb nach 3 Monaten, nachdem in dieser Gegend mit Probe-

punktion Eiter gefunden, Akt II: Resektion der 7. Rippe, mit Eröffnung des Sinus pleurae. Vernähung der Pleurablätter. Zweizeitiges Eingehen durch das Zwerchfell, unter welchem ein Abscess liegt. Probepunktion der Leber ergiebt wiederum Eiter. Eindringen in die Leber führt in 3 unter sich kommunicirende Echinokokkencysten (3—5), sämmtlich vereitert und etwa orangegroß. Da die Heilung wegen ungenügenden Eiterabflusses stockte, musste in Akt III (2 Monate nach Akt II) nach Resektion der 5. Rippe eine neue Gegenöffnung gemacht werden. Im nächsten Monate führte ein pleuritisches Exsudat zu einer nochmaligen Resektion der 7. Rippe, wonach die Heilung nicht mehr zögerte, so dass Pat. 9 Monate nach der 1. Operation entlassen werden konnte.

An den eigenen Fall schließt K. eine Allgemeinbesprechung. Das Vorkommen von mehr als einer Cyste in der Leber ist nichts Seltenes; K. berechnet es auf circa 12,61% aller Leberechinokokken. Er bespricht die Klinik (Symptomatologie, Therapie) der Erkrankung, wobei Manches für den Leberechinococcus Allgemeingültige vorgebracht wird. Eine Übersichtstafel, 21 Beobachtungen zählend, enthält die bislang publicirten Operationen von multiplem Leberechinococcus. An Zahl der beseitigten Cysten (5) übertrifft K.'s Fall alle früheren, da bisher in einer Leber noch nicht mehr als 3 zugleich vorhandene Cysten operirt wurden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

8) **F. Billings.** Gallstone of the cystic duct, with situs viscerum inversus.

(Philadelphia med. journ. 1900. Oktober 6.)

Der 64jährige Pat. litt seit 5 Jahren an kolikartigen Schmerzanfällen des Epigastrium mit nachfolgendem leichten Ikterus. Im Laufe der verschiedenartigen Behandlungen war einmal die Diagnose auf Geschwulst des linken Hypochondrium gestellt worden, da hier eine große Geschwulstmasse vorlag, das andere Mal auf akute gelbe Leberatrophie, da die Leberdämpfung verschwunden schien.

Verf. konnte bei seiner Untersuchung des Pat. nun einen Situs transversus feststellen, woraus sich der Irrthum der früheren Diagnosen erklären ließ, die Beschwerden selbst aber auf Gallensteine und Angiocholitis der im linken Hypochondrium liegenden Leber zurückführen. Die Operation ergab einen großen Stein im Ductus cysticus und bestätigte den Situs transversus. — Die Sektion des an septischer Angiocholitis zu Grunde gehenden Pat. konnte nicht erlangt werden.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

9) **C. G. Stockton and H. U. Williams.** Hemorrhagic pancreatitis and fat-necrosis following an operation on the gall-bladder.

(Philadelphia med. journ. 1900. Oktober 6.)

Die Sektion einer 66jährigen Pat., welche 28 Stunden nach einer bei ihr vorgenommenen Cholecystotomie gestorben war, ergab neben geringer peritonitischer Reizung der benachbarten Gebilde eine akute interstitielle hämorrhagische Pankreatitis mit Fettnekrose. Der Ausführungsgang des Pankreas, so wie seine Abzweigungen erwiesen sich als frei. Verff. halten dafür, dass die vorgefundenen Veränderungen des Pankreas auf Grund der schwierigen Operation als traumatischen Ursprunges aufzufassen sind. Anhaltspunkte für eine bereits vor der Operation bestehende Pankreatitis lagen, wenn man von einer Puls- und Temperaturerhöhung absieht, nicht vor. — Der Mittheilung liegt eine farbige Tafel bei.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

10) **W. J. Lissjanski.** Ein Fall von Blutcyste des Pankreas.

(Wratsch 1900. No. 39.)

Ein 11jähriger Knabe erhielt vor 4 Monaten von einem Pferde einen Huftritt gegen die rechte Bauchseite. Nach 2 Wochen fand sich hier eine Geschwulst. Bei der Operation am 17. Februar zeigte sich der Pylorus und das Duodenum der Geschwulst aufliegend, letzteres von ihr gegen die vordere Bauchwand gedrückt

und leer. Aus dem Schnitte in der Linea alba war die Geschwulst selbst nicht zu erreichen; L. legte daher 3 Finger rechts von der Mittellinie einen 2. Schnitt an. Die Cyste enthielt viel trübe, dicke, rothe Flüssigkeit; die Cystenwand wurde mit der Hautwunde vernäht. Innenfläche des Sackes glatt, ohne Vorsprünge. Nach und nach füllte sich die Wundhöhle; nach 4 Tagen zeigte sich an der Haut ein hartnäckiges, durch den Pankreassaft verursachtes Ekzem. Am 19. März verließ Pat. mit geringer Fistel das Spital. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

11) R. H. Fitz. Multilocular cystoma of the pancreas.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. August.)

Der Fall betraf einen 36jährigen Mann, der bis zu seiner jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen war; keine Syphilis, kein Alkohol- oder Tabakmissbrauch. Im Juli 1899 erkrankt mit dumpfen Schmerzen in der linken Lendengegend, nach dem Rücken ausstrahlend, besonders heftig bei Nacht, in Rückenlage am erträglichsten. Der Schmerz nimmt allmählich zu, hört aber nach 2—3 Monaten nach Jodpinselung auf; zugleich erscheint im linken Hypochondrium eine langsam wachsende Geschwulst. Der Appetit blieb gut, war im letzten Monate sogar excessiv, zugleich trat Durst ein. Unmittelbar nach der Mahlzeit Gefühl von Schwere und von Erschöpfung, einige Minuten bis eine halbe Stunde dauernd. Aufstoßen, Gurren im Leibe, manchmal sichtbare Peristaltik im Epigastrium. In der letzten Zeit manchmal Übelkeit, selten Erbrechen, dabei Verstopfung.

In der Woche vor der Aufnahme Anfälle von Herzklopfen; durch Aufstoßen Erleichterung. Dabei 2—3mal täglich Gefühl von Ohnmacht bei plötzlichem Erbleichen und dumpfen Schmerzen in den Schläfen. Kein Husten, aber Kurzathmigkeit beim Steigen; Athem riecht manchmal eigenthümlich.

Während des letzten Monates muss Pat. Nachts 6—7mal uriniren, jedes Mal über 2 Quart, Tags über dagegen nicht mehr als eine Pinte. Sein Gewicht hat zwar um 5—10 Pfund zugenommen, doch fühlt er sich schwach und kann nicht arbeiten, seine Beine ermüden schnell, die Füße sind nicht geschwollen.

Die Untersuchung ergiebt: bleiches Gesicht, Temperatur 99° F., Puls 88, Respiration 20. Herz und Lungen, abgesehen von einem systolischen Geräusche an Spitze und Basis des ersteren, normal. Urin 1014, alkalisch, Albumen in Spuren, kein Zucker. Epigastrium und linkes Hypochondrium eingenommen von einer runden, resistenten Geschwulst, nach hinten bis gegen den 12. Brustwirbel, vorwärts bis 3 Querfinger oberhalb der Crista ilei und bis in die Mittellinie reichend, während der obere Rand durch die Dämpfung in Höhe der linken Brustwarze gefunden wird. Die Geschwulst ist elastisch, Beweglichkeit zweifelhaft, linke Hälfte fluktuirend; sie liegt deutlich hinter dem Magen. — Diagnose: Pankreascyste.

7. November 1899 Operation (Richardson): Längsschnitt 2 Zoll links von der Mittellinie. Geschwulst liegt in der Bursa omentalis. Punktion entleert eine Menge rothbrauner Flüssigkeit; die Cyste erweist sich als multilokulär und kann nur durch Einreißen der Scheidewände einigermaßen entleert werden. Exstirpation des Sackes. Einige Gewebsstücke, die als erkranktes Pankreas imponiren und bösartig aussehen, werden mit entfernt. Nach 6 Wochen Entlassung mit einer 2 Zoll tiefen Fistel. Das aus ihr fließende spärliche Sekret enthält kein Pankreasferment.

Die anatomische Untersuchung des Präparates ergiebt, dass es sich um ein multilokuläres Kystom handelt, das an der Grenze steht zwischen einem proliferirenden Kystom oder Cystadenom und einem cystomatösen Carcinom. Pankreasgewebe konnte auch mikroskopisch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

R. v. Hippel (Dresden).

12) G. Heinricius. Über retroperitoneale Lipome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 579.)

H. bringt in seiner verdienstlichen Arbeit zunächst einen selbst mit Erfolg operirten Fall. 39jährige Frau, Mutter mehrerer Kinder, deren Bauch nach der

letzten Entbindung vor 9 Monaten groß geblieben war. Weitere Zunahme desselben führte zum Nachweise einer Geschwulst. Letztere von der Mitte zwischen Schambein und Nabel bis zu der zwischen Schwertfortsatz und Nabel fühlbar, ungleichmäßig elastisch, ohne Zusammenhang mit den Genitalien. Nach dem Bauchschnitte stellt sich die vom hinteren Parietalperitoneum gedeckte lipomatöse Geschwulst ein. Spaltung der Serosa und unschwierige und unblutige Aushülsung der Geschwulst aus dem subserösen Gewebe. Ein unterer, 6 Lappen umfassender Theil von Straußeneigröße und ein nach oben sich erstreckender von der Größe zweier Mannsköpfe. Coecum nebst Wurmfortsatz lagen hinten links vom oberen Geschwulsttheile dislocirt. Die Schnittränder des hinteren Peritoneums in die Wunde genäht, Tamponade der Geschwulstbetthöhle. Glatte Heilung.

Es folgt dann eine Allgemeinbesprechung der retroperitonealen Lipome und eine kasuistische Zusammenstellung der dem Verf. bekannt gewordenen publicirten Beobachtungen, deren Krankengeschichten kurz reproducirt werden. Fall 1 bis 23 exstirpirt 12 †, 10 geheilt, 1 Fall mit nicht mitgetheiltem Ausgange, probelaparotomirt bezw. punktirt Fall 24—29, bei der Sektion gefunden Fall 30—40.

Die Entwicklungsstätte der Geschwülste ist das retroperitoneale Fett, besonders häufig das die Niere umgebende. Die Geschwulstwucherung erstreckt sich häufig zwischen die Gekrösblätter, jedoch nur sekundär, so dass der Name Lipom des Mesenteriums nicht zutreffend ist. Es handelt sich nicht immer um reine Lipome, sondern um fibromatöse, sarkomatöse, myxomatöse Mischgeschwülste. Die Operation kann leicht auf große Schwierigkeiten stoßen, sowohl wegen starker Verwachsungen, als auch wegen starker Vaskularisation, zu großen Umfanges der Geschwülste, wie auch wegen inniger Verwachsung mit Eingeweiden. Es können Nephrektomien, Darmresektionen etc. nothwendig werden. Die Diagnose war meist schwer und unsicher. Die Träger der Geschwülste sind meist weiblichen Geschlechtes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **L. Grounauer.** Note sur un cas de verge palmée.

(Revue méd. de la Suisse romande 1900. No. 7.)

Die flächenförmige, angeborene Verwachsung des Penis mit dem Hodensacke ist im Allgemeinen selten. Im vorliegenden Falle — 7jähriger Pat. — zeigt sich der Penis von der Schambeingegend durch eine Furche getrennt, welch letztere sich bogenförmig nach den Seiten hin verlängert und die Trennung bis zum benachbarten Frenulum und zum äußersten Theile zwischen Penis und Scrotum deutlich bezeichnet. Die untere Fläche ist mit dem Hodensacke verwachsen, dessen mediane Rhaphe sich direkt ins Frenulum fortsetzt.

Diese Verwachsung wird operativ auf einfache Weise beseitigt.

Kronacher (München).

14) **Delamare** (Rouen). Rupture extrapéritonéale de la vessie par chute de cheval. Infiltration urineuse consécutive. Guérison. — Rapport de M. Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 714.)

Pat. war vom Pferde gestürzt und hatte mehrere Hufschläge erhalten. Es stellte sich sogleich ein starker Bluterguss im Hodensacke ein. In den folgenden Tagen litt Pat. an heftigen Schmerzen im Hypogastrium und konnte nur wenige Tropfen blutigen Urins entleeren. Hingegen floss sonst kein Blut zur Harnröhre ab; ein Gummikatheter ließ sich leicht in die Blase führen. Am 8. Tage wurde eine Urininfiltration am Damme und in der Leistenbeuge durch 2 Einschnitte entleert, worauf das Fieber abfiel und Heilung eintrat. Den Sitz des Blasenrisses sucht Verf. in dem hinteren unteren Abschnitte der Blase.

Sieur berichtet in der Diskussion einen analogen Fall, aber ohne Urininfiltration, mit spontaner Heilung. Die Diagnose stützte sich auf: Art des Traumas (Hufschlag gegen die Blasengegend), Chok, Urindrang bei Unmöglichkeit der spontanen Urinentleerung, Leichtigkeit der Einführung des Katheters, der nur wenige Tropfen stark blutigen Urins entleerte. **Reichel** (Chemnitz).



15) L. Pernice. Über die Uretero-Cysto-Neostomie.

(Sep.-Abdr. aus Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XII.)

P. hat in einem Falle von Blasen- und Harnleiterfistel nach vaginaler Exstirpation des Harnleiters erst die Blasenfistel mit Erfolg operirt und dann ca. 2 Monate später (die Harnleiterfistel wurde erst nach dem Verschlusse der Blasenfistel diagnosticirt) auf extraperitonealem Wege nach Mackenrodt die abdominale Implantation des Harnleiters in die Blase ausgeführt, ohne auf große Schwierigkeiten zu stoßen, wesshalb er diese Methode warm empfiehlt.

Die Pat. starb $2^1/_2$ Monate nach der Operation, die vollständig erfolgreich gewesen war, an Pneumonie. Der rechte implantirte Harnleiter war für eine Stricknadel durchgängig und ragte $^1/_2$ cm in die Blase vor, die rechte Niere war gesund. Der linke Harnleiter war auf 2 cm dilatirt, seine Einmündung in die Blase nur mit feiner Sonde passirbar, das linke Nierenbecken mit Eiter gefüllt.

Brunner (Zürich).

16) Legueu. Anurie post-opératoire. Néphrotomie. Guérison. — Rapport par Nélaton.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 580.)

Die 39jährige Pat. wurde von Nélaton wegen einer Bauchgeschwulst laparotomirt. Erst bei der Operation stellte es sich heraus, dass es sich nicht, wie vermuthet, um eine Ovarialcyste, sondern eine große linksseitige Hydronephrose handelte. Nélaton machte die Nephrektomie. Nach Anfangs ungestörtem Verlaufe trat am 8. Tage nach der Operation unter heftigem Schmerz in der rechten Seite vollständige Anurie ein. In der Blase fand man an den folgenden 2 Tagen beim Katheterismus nur etwas Blut. Die rechte Niere war druckempfindlich und vergrößert. Zum Harnleiterkatheterismus fehlten die Instrumente. Allgemeinbefinden ungestört. L., von Nélaton zugezogen, machte am 2. Tage der Anurie die rechtsseitige Nephrotomie. Es entleerten sich im Strahle ca. 150—200 ccm Urin. Weder im Nierenbecken, noch entlang des Harnleiters fühlte man ein Steinkonkrement. Der Versuch, den Harnleiter von oben zu katheterisiren, misslang. Daher Drainage, Nierennaht, theilweise Hautnaht. Schon wenige Stunden später war der Verband mit Urin durchtränkt. Die Urinsekretion kam sogleich in Gang; aller Urin entleerte sich zunächst zur Fistel. Erst nach 8 Tagen fand die erste spontane Urinentleerung aus der Blase statt. Die Fistel schloss sich innerhalb 46 Tagen. Völlige Heilung. Die Ursache der Anurie blieb unbekannt.

Reichel (Chemnitz).

17) H. Morris. Aneurysm of the renal artery.

(Lancet 1900. Oktober 6.)

Verf. beschreibt einen selbst beobachteten Fall von Aneurysma der Nierenarterie und ordnet die 19 ihm aus der Litteratur bekannten Fälle nach verschiedenen Gesichtspunkten.

Er trennt die wahren Aneurysmen der Nierenarterie von den falschen. Erstere sind kleinere sackförmige Ausbuchtungen des Gefäßes, deren Wandungen von den natürlichen Arterienwänden gebildet werden, während die Wandungen der letzteren von dem fibrösen Gewebe gebildet werden, das sich um das ausgetretene und coagulirte Blut gebildet hat. Diese falschen Aneurysmen bilden sich entweder aus wahren Aneurysmen, die spontanen oder traumatischen Ursprung haben mögen, oder durch Erweichung eines Thrombus, der zeitweise eine geborstene Arterie verschloss, oder endlich durch unmittelbares Austreten von Blut aus einer geborstenen Arterie.

Von den 19 erwähnten Fällen haben 12 traumatischen und 7 spontanen Ursprung. Die gewöhnlichen Ursachen für letzteren sind besonders bösartige Endokarditis mit multiplen Embolien, kalkige Degeneration der Arterien, Nephritis und einfache Embolien.

In des Verf. Falle schlug 5 Jahre vor der Beobachtung seitens Verf. ein 36jähriger Former mit der linken Unterleibsgegend gegen die Kante einer niedrigen

Mauer, hatte unmittelbar darauf Schmerzen in der linken Nierengegend, und sein Urin enthielt reichlich Blut. Die Diagnose wurde auf Nierenruptur gestellt, Pat. 5 Monate im Bette behalten; er hatte dauernd leicht blutigen Urin, während alle 14 Tage eine größere Menge Blut mit Blutklümpchen mit dem Urin abging; allmählich schwoll die Nierengegend an, und es bildete sich eine härtere Geschwulst aus; die ganze linke Bauchseite und der untere Theil der linken Brustseite wurde durch dieselbe stark vorgebuchtet. Es entwickelten sich starke, ausstrahlende Schmerzen nach allen Seiten. Die Geschwulst war bei der Beobachtung durch Verf. gleichmäßig hart, von glatter Oberfläche, vollständig fixirt, nicht fluktuirend, nicht auffallend empfindlich, über ihr Dämpfung; sie nahm fast die ganze linke Bauchhälfte ein und zeigte ziemlich schnelles Wachsthum. Geringe Pulsation ist gelegentlich beobachtet worden; ein lautes systolisches Geräusch über der Geschwulst hörbar.

Die Diagnose eines Aneurysma der Nierenarterie wurde neben der eines circumrenalen Hämatoms und einer renalen Neubildung erwogen.

Bei der Operation wurde erst ein querer Lendenschnitt gemacht; die Punktion ergab dann eine röthlich-braune serumartige Flüssigkeit. Dann wurden nach Incision der Geschwulstkapsel 2 Finger eingeführt. Bei der Entfernung von etwas bröckligem Gewebe entstand plötzlich eine enorme arterielle Blutung, die nur durch festeste Tamponade zu stillen war. Dann wurde der Schnitt nach der Bauchwand zu verlängert, von wo aus es dann gelang, die Arteria renalis abzuklemmen und die Blutung zum Stehen zu bringen. Es wurden jetzt die enormen Geschwulstmassen außer einer kleinen Partie, die zu stark verwachsen war, exstirpirt mit Einschluss der mit ihnen eng verwachsenen linken Niere, deren Gewebe stark geschrumpft und im Zustande äußerster chronischer interstitieller Entzündung war. Die Wunde wurde mit Drainage geschlossen; schon 5 Stunden später trat der Tod ein.

Verf. bespricht auf Grund der gesammelten Fälle Ätiologie, Pathologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankung.

Um Durchbruch in die Bauch- und Brusthöhle oder Vereiterung zu vermeiden, ist natürlich die Nephrektomie die einzige Möglichkeit, den tödlichen Ausgang zu vermeiden. **F. Kraemer** (Berlin).

18) **P. J. Modlinski.** Zur Kasuistik der Perforationsperitonitis vaginalen Ursprungs. Ein Fall von Perforationsperitonititis nach Coitus, 3 Monate nach vaginaler Kastration.

(Wratsch, 1900. No. 35.)

26jährige Frau, 7 Jahre krank in Folge gonorrhoischer Adnexentzündung mit ausgedehnten Verwachsungen; daher volle Kastration nach Doyen. Heilung. 3 Monate später nicht stürmischer Coitus; dabei plötzlich heftige Schmerzen und Blutung. Sofortige Hilfe. Man findet im Scheidengewölbe eine den Finger einlassende Ruptur, in der eine Dünndarmschlinge eingeklemmt war. Reposition, Tampon in die Rupturstelle. Nach 5 Tagen lassen die Peritonitissymptome nach, am nächsten Tage begann Eiter am Tampon zu erscheinen, dann trat Heilung ein. — Hier gelang es also, durch rechtzeitiges Eingreifen die Peritonitis zu lokalisiren. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

19) **M. S. Pozzi.** Note sur quatre nouveaux cas de torsion de la trompe kystique.

(Compt. rend. de la soc. d'obstétr., de gynécol. et de péd. de Paris 1900. April.)

P. berichtet über 4 neue Fälle von Stieldrehung der Tube.

Im 1. Falle handelte es sich um einen rechtsseitigen Tubeneitersack, dessen Stiel 2mal fest umgedreht war. Der dazugehörige Eierstock war nekrotisch.

Im 2. Falle bestand Pyosalpinx duplex. Rechts war eine einmalige völlige Umdrehung der Tube vorhanden (von hinten nach vorn). Die Tubenwand zeigte beginnende Nekrose.

Der linkseitige Eitersack wurde bei der 1. Operation übersehen. 10 Tage nach der 1. Operation traten heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend auf. Am 14. Tage nach der 1. Operation wurde die Relaparotomie ausgeführt. Dabei fand sich linkerseits ein Tubeneitersack mit »fast völliger« Umdrehung des Stieles von hinten nach vorn.

Im 4. Falle war bei einer 4 Monate bestehenden Tubenschwangerschaft (rechts) eine einmalige Umdrehung der Tube im entgegengesetzten Sinne des Uhrzeigers erfolgt. Auch hier bestand beginnende Nekrose des Tubensackes. Nach Exstirpation des Tumors erfolgte die Heilung ohne Störung. **Neck** (Chemnitz).

20) **Bandron.** Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec rupture d'une grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Guérison.
(Compt. rend. de la soc. d'obstétr., de gynécol. et de péd. de Paris 1900. April.)

Die linksseitige, etwas verwachsene Geschwulst konnte leicht ausgeschält werden. Die rechtsseitige Geschwulst war mit blutiger Flüssigkeit gefüllt und hatte einen kleinfingerlangen Stiel, welcher 2mal im entgegengesetzten Sinne des Uhrzeigers gedreht war. Das Ovarium war an der Drehung nicht betheiligt.

Neck (Chemnitz).

21) **G. Hue** (Rouen). Deux cas de grossesses extra-utérines anciennes ouvertes dans la vessie. Cystotomie sus-pubienne.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 702.)

H. giebt die Krankengeschichten von 2 Fällen, in denen ein extra-uteriner Fruchtsack viele Jahre nach seiner Entstehung in die Harnblase durchgebrochen ist. Im 1. Falle handelte es sich um eine 62jährige Frau, die viele Jahre vorher — unbestimmt, wie lange? — einmal mit sehr heftigen Leibschmerzen erkrankt, sonst stets gesund gewesen war, und welche jetzt seit mehreren Monaten an sehr starken Blasenbeschwerden und einer Blasen-Scheidenfistel litt. — Im 2. Falle war die Pat. bereits 64 Jahre alt, litt seit mehr als 6 Monaten an Blasenbeschwerden; die Zeichen einer Extra-uterin-Schwangerschaft lagen ungefähr 19 Jahre zurück. — In beiden Fällen deuteten die klinisch erkennbaren Zeichen nur auf einen um einen Fremdkörper entwickelten Blasenstein, und deckte erst die Operation den ursächlichen Zusammenhang mit der früheren Extra-uterin-Schwangerschaft auf. Beide Pat. wurden erfolgreich mittels hohen Steinschnittes operirt, den H. bei vorher gestellter Diagnose stets der Operation von der Harnröhre aus vorziehen würde. Ein Versuch, den vermeintlichen einfachen Stein durch die Harnröhre zu entfernen, war ihm im 2. Falle fehlgeschlagen. **Reichel** (Chemnitz).

22) **Castan** (Béziers). Imperforation anale opérée par la voie périnéale postérieure. Rapport de M. Broca.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 734.)

C. sah den Pat. erst 3 Tage nach der Geburt, da der völlig normal gebildete After die Angehörigen über das Vorhandensein einer Missbildung getäuscht hatte; Erst am 4. Tage konnte er operiren; er machte den typischen hinteren Medianschnitt, resecirte das Steißbein und fand die Rectalampulle in einer Tiefe von ca. 4 cm. Er eröffnete sie, nähte den Mastdarm an die Haut und erzielte Heilung.

C. verlangt die Resektion des Steißbeines in allen ähnlichen Fällen principiell. Der Berichterstatter Broca ist bisher stets ohne sie ausgekommen und will sie für Ausnahmefälle reserviren. Kirmisson warnt vor allen Dingen vor jedem Versuche, den verschlossenen Mastdarm vom normalen After aus aufsuchen zu wollen. Dies sei niemals richtig. An Stelle des hinteren Dammschnittes müsse man zuweilen die Laparotomie machen. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 22. December.** **1900.**

Ein neues und einfaches Verfahren zur Sterilisation der Schwämme durch Auskochen.

Von

Dr. C. A. **Elsberg** in New York.

Es wird allgemein anerkannt, dass zum Abtupfen der Wunde während der Operation Schwämme sehr empfehlenswerth sind. Sie zeichnen sich aus durch ihre Elasticität und durch die Leichtigkeit, mit welcher sie Flüssigkeiten aufsaugen und dieselben durch Ausdrücken wieder abgeben.

Da wir bisher über kein einfaches und sicheres Verfahren zur Sterilisation der Schwämme verfügen, werden heut zu Tage allgemein Gazetupfer den Schwämmen vorgezogen. Das Auskochen, die einfachste und sicherste Methode, war bisher nicht möglich. Durch Sterilisation in heißem Dampfe oder Auskochen in Wasser oder Lösungen von Soda oder anderen Antisepticis verlieren die Schwämme ihre Elasticität, sie schrumpfen zu einer harten Masse ein und werden rasch unbrauchbar.

Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich mich mit der Frage beschäftigt, wie man diesen Missstand beheben kann.

Nach vielen Versuchen ist es mir gelungen, die folgende Sterilisationsmethode auszuarbeiten, die sich auf dasselbe Princip stützt, das ich zur Zeit in diesem Blatte (No. 21. 1900) zur Sterilisation des Katguts angegeben habe.

Kurz zusammengefasst besteht das Verfahren aus dem Folgenden:

1) Die Schwämme werden durch 24 Stunden langes Liegenbleiben in 8%iger Salzsäurelösung von Kalk und grobem Schmutz befreit und dann in Wasser gründlich ausgewaschen.

2) 5—20 Minuten in folgender Lösung gekocht,

Kali caustici	10,0
Ac. tannici	20,0
Aquae	1000,0.

3) In sterilem Wasser, Karbol- oder Sublimatlösung ausgewaschen, bis sie von der dunkelbraunen Kali tannicum-Lösung ganz befreit sind.

4) In 2—5%iger Karbollösung aufbewahrt.

Durch dieses Verfahren verlieren die Schwämme keine ihrer physikalischen Eigenschaften, sie büßen nichts von ihrer Größe Porosität, Elasticität, Weichheit etc. ein, selbst wenn man sie wiederholt stundenlang auskocht.

Die Kali causticum-Tannin-Lösung kann wiederholt gebraucht werden; für das verdampfte Wasser setzt man einfach neues zu.

Es bedarf wohl keiner Erwähnung, dass die ausgekochten Schwämme steril sind. Nichtsdestoweniger sei hier bemerkt, dass große Schwämme, die mit Kulturen von Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Katgutbacillus und Anthraxbacillen und -Sporen inficirt waren, stets nach weniger als 5 Minuten langem Kochen in der Kali causticum -Tannin-Lösung und darauf folgendem Auswaschen in sterilem Wasser steril gefunden wurden.

Verf. glaubt durch die Mittheilung dieser einfachen und zuverlässigen Sterilisationsmethode für die Wiedereinführung der Schwämme eine Lanze brechen zu dürfen und empfiehlt sie den Kollegen zur Nachprüfung angelegentlichst.

---

1) **Depage.** L'année chirurgicale, revue encyclopédique de chirurgie générale et spéciale. Deuxième année 1899.

Bruxelles, 1900. 2404 S.

Durften wir dem ersten Jahrgange des vorstehenden Unternehmens schon das beste Lob ertheilen, so können wir rühmend hervorheben, dass der Herausgeber und seine Mitarbeiter nicht auf ihren Lorbeeren ausgeruht, sondern sich bemüht haben, ihre Leistungen weiter zu vervollkommnen. Dass sie ein noch reicheres litterarisches Material und dieses hier und da ausführlicher als das erste Mal bearbeitet haben, erweist schon der um 400 Großquartseiten vermehrte Umfang des Berichtes. Außerdem sehen wir jetzt in dem alphabetischen Titelverzeichnis der einem jeden Abschnitte vorangestellten Schriften diejenigen mit einem Sternchen bezeichnet, welche wirklich besprochen werden, während wir uns bei den — wenigen — nicht besternten mit dem bloßen Titel begnügen müssen. Endlich ist der Bericht dies Mal nicht erst nach seiner vollen Fertigstellung, sondern — sicher zur allseitigen Befriedigung — nach und nach in einzelnen Abschnitten erschienen, und sind noch weitere Fortschritte nach dieser Richtung für die Zukunft in Aussicht gestellt. Das Unternehmen ist daher jedem Arbeiter auf chirurgischem Gebiete auf das Beste zu empfehlen.

Richter (Breslau).

---

2) **K. v. Bardeleben** und **H. Haeckel.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 2. völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage herausgegeben unter Mitwirkung von Dr. Fritz Frohse, mit Beiträgen von Prof. Dr. Th. Ziehen.

Jena, **G. Fischer,** 1900.

179 größtentheils mehrfarb. Holzschn., 1 lithogr. Doppeltafel u. erläuternder Text.

Nachdem von der 1. Auflage des vereint von einem Anatomen und einem Chirurgen herausgegebenen Atlasses 4000 Exemplare verkauft waren, haben die Autoren es unternommen, denselben ganz umzuarbeiten und, unterstützt durch neue Kräfte, ihn in jeder Beziehung zu verbessern, nicht nur dadurch, dass sie sein Format vergrößerten und die topographisch-anatomischen Forschungen der letzten Jahre in ihn aufnahmen, sondern auch indem sie den Ansprüchen, welche die Fortschritte der operativen Chirurgie, namentlich bei den Eingriffen in die Körperhöhlen neuerdings stellen, ihre volle Aufmerksamkeit schenkten. Durch geschickt angelegte Fensterschnitte neben der Flächenpräparation sind sie im Stande gewesen, ein reiches anatomisches Material auf den einzelnen Tafeln wiederzugeben, so dass sich deren genaues Studium auf das Beste lohnt. Sehr werthvoll sind einige neu eingefügte Tafeln, von welchen 2 die Hautnervengebiete, andere die Innervirung der Haut und der Muskeln der Gliedmaßen nach den Rückensegmenten sehr übersichtlich wiedergeben. Für die

Chirurgen sei speciell hingewiesen auf die Darstellung der Sehnenscheiden und Schleimbeutel und die genaue Berücksichtigung des Verlaufes der Lymphbahnen wie der sie aufnehmenden Lymphdrüsen nach den Forschungen der jüngsten Zeit. Genaue Berücksichtigung haben ferner gefunden die Topographie des Gehirns — zur Aufsuchung der Centralfurche wird die Köhler'sche Methode empfohlen und durch eine Abbildung erläutert —, die Lage des Ganglion Gasseri und seine Freilegung nach Krause, die Lumbarpunktion, in der Bauchhöhle die mannigfachen Recessus des Bauchfelles, die genaue Lagerung der Gallenblase und ihrer Gänge, die Verhältnisse der Bruchpforten, des Blinddarmes und der Flexura sigmoidea, des Colon pelvicum etc. — Auch in dem knappen Texte wird, wo es erforderlich erscheint, auf die entsprechenden chirurgischen Eingriffe kurz hingewiesen.

So genügt der fast als neu zu bezeichnende Atlas weiten Ansprüchen und wird sich gewiss einer weiten Verbreitung erfreuen.

Richter (Breslau).

---

3) **E. Rotter.** Die typischen Operationen und ihre Übung an der Leiche. 6. Auflage.

München, **Lehmann,** 1900. 300 S. mit 115 Abbildgn.

Da die neue Auflage $2^1/_2$ Jahre nach der ihr vorangegangenen erschienen ist, war in ihr nicht viel zu verändern; denn das Werkchen hatte sich in seiner ganzen Form bewährt. Neue Aufnahme fand sowohl im Texte, wie unter den leicht dem Buche zu entnehmenden »Dringlichkeitsorientirungsbildern« die Herzwundnaht, für welche die Bildung eines thürflügelförmigen Weichtheilkneppers mit Einschluss der 4. und 5., wenn nöthig auch der 3. Rippe empfohlen wird. Einige bei Besprechung der 5. Auflage vom Ref. ausgesprochene Wünsche haben keine Berücksichtigung gefunden.

Richter (Breslau).

---

4) **v. Esmarch** und **E. Kowalzig.** Chirurgische Technik. 2. Bd.: Allgemeine Operationslehre und Operationen an den Extremitäten. 5. verbesserte Auflage.

Kiel, 1900. 351 S. mit 553 Abbildungen und 18 farbigen Tafeln.

Das mit Recht sehr beliebte Buch der Verff., das seinem Motto »kurz und bündig« treu geblieben ist und es von jeher verstanden hat, in wenigen knappen Worten und mit einer reichen Zahl geschickt gewählter und scharf wiedergegebener Bilder auf kleinem Raume einen sicheren Wegweiser zur raschen Orientirung auf dem Gebiete der chirurgischen Technik abzugeben, hat sich diesen Ruhm auch in der neuen Auflage erhalten. Denn was wir seit dem Erscheinen der 4. Auflage an wirklichen Fortschritten anf dem betreffenden Gebiete zu verzeichnen haben, hat in der 5. Aufnahme gefunden, so dass diese wieder auf der Höhe der Zeit steht. Einem mehrfachen

Wunsche folgend, haben Verff. und Verleger geglaubt, eine Anzahl farbiger Tafeln, namentlich Unterbindungen und Amputationsschnitte darstellend, mit aufnehmen zu müssen, übrigens — sehr richtig — unter Beibehaltung der alten schwarzen Holzschnitte. Solche bunte Bilder sind ja jetzt modern, aber die topographische Lage der Theile wird durch sie — z. B. bei den Ligaturen — kaum klarer wiedergegeben, als durch einen scharfen Holzschnitt, namentlich wenn die technische Ausführung nicht ganz auf der Höhe steht.

Richter (Breslau).

---

5) **L. L. Lewschin.** Über Waschen der Hände und des Operationsfeldes mit Methylalkohollösung von Kaliumoleïnseife.

(Wratsch 1900. No. 29.)

L. verwendet in seiner Klinik schon seit 12 Jahren gekochte Kaliumoleïnseife. Die Lösung wird im Schaternikow'schen Waschapparate gehalten und mittels Pedaldruckes auf die Hände gegossen, so dass eine Verunreinigung der Seife durch direktes Berühren mit den Händen vermieden wird. Nach 5 Minuten langem Waschen der Hände mit der Seife werden sie mit trockener Gaze abgewischt, in 1%ige Kaliumpermanganatlösung und $^1/_2$%ige Salzsäure (25%) getaucht, mit 1,3%iger Oxsalsäurelösung entfärbt und in sterilem Wasser abgespült. Eben so wird das Operationsfeld behandelt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **v. Bruns.** Über die Behandlung inficirter Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 19.)

Auf Veranlassung des Autors ist es der Firma Merck in Darmstadt gelungen, ein absolut reines, säurefreies und hochkoncentrirtes Wasserstoffsuperoxyd von großer Haltbarkeit herzustellen, dessen Preis ungefähr dem für essigsaure Thonerde gleichkommt. Dieses Präparat ist in B.'s Klinik seit $^1/_2$ Jahre in Verwendung. Die vom klinischen Assistenten Dr. Honsell ausgeführten eingehenden Untersuchungen der Eigenschaften und Wirkungen des Mittels in physiologischer und bakteriologischer Richtung haben Folgendes erwiesen: Die Haupteigenschaft des Wasserstoffsuperoxyds ist eine leichte Zersetzung in Sauerstoff und Wasserstoff, welche momentan erfolgt bei Mischung mit zellreichen Flüssigkeiten, wie Blut und Eiter, langsam durch die Körpergewebe, aber gar nicht durch Berührung mit der äußeren Haut. Diese Zersetzung giebt sich durch massenhafte Entwicklung eines feinen Schaumes zu erkennen. Verdünnte Lösungen bewirken in jeder Menge keine Schädigung der Gewebe, nur bei Injektion ins Blut oder in geschlossene Körperhöhlen kann es zur Gasembolie kommen. In wässrigen Medien erwies sich das 3%ige

Wasserstoffsuperoxyd dem Sublimate 1‰ gleich, in eiweißhaltigen Flüssigkeiten sogar als überlegen, in zellreichen eiweißhaltigen Flüssigkeiten, wie im Eiter, sind beide gleich unwirksam. Die Anwendung des Präparates zumeist in 1%iger Lösung wurde in vielen Fällen von inficirten Wunden in Form von Tamponade und Irrigation in Anwendung gezogen. Die Wunden reinigten sich rasch, bei jauchigen und gangränescirenden Flächen war der penetrante Gestank oft schon nach dem ersten Verbandwechsel geschwunden, und in kürzester Zeit bedeckten sich die Wunden mit guten Granulationen.

Der Erfolg des Mittels liegt einerseits in der specifischen Wirkung auf die Anaëroben, namentlich auf die Fäulnisbakterien, außerdem übt der nascirende Sauerstoff eine stimulirende Wirkung auf die Gewebe aus und verstärkt ihre Reaktionserscheinungen.

Andererseits und wichtiger erscheint aber die mechanische Wirkung. Der durch die Sauerstoffentwicklung sich bildende feine Schaum reißt das keimreiche Sekret, Blutgerinnsel, abgestoßene Gewebspartikel u. dgl. mit sich und reinigt damit die Wunde in gründlichster und zugleich schonendster Weise. B. empfiehlt schließlich das Wasserstoffsuperoxyd als brauchbares Hilfsmittel im Kampfe mit der Wundinfektion. **Gold** (Bielitz).

---

7) **H. Kunz-Krause** (Dresden). Chemische Beiträge zur Silbertherapie.

I. E. Lange (Dresden). Über eine Methode zum Nachweise minimaler Mengen von Silber in organischen Geweben.

(Therapeutische Monatshefte 1900. August.)

II. Derselbe. Über die Vertheilung des Silbers im Organismus nach endovenöser Einführung in kolloidaler Form.

(Ibid. Oktober.)

8) **Klimmer** (Dresden). Einige Mittheilungen über kolloidales Silber.

(Zeitschrift für Thiermedicin 1900. Bd. IV.)

Diese Arbeiten bringen auf Grund eingehender Thierversuche über das Verhalten des löslichen Silbers im lebenden Körper Thatsachen, die auch für die therapeutische Anwendung von Werth sind.

L. hat im Laboratorium von Prof. Kunz-Krause ein Verfahren zusammengestellt, welches gestattet, Silber noch in äußerst geringen Mengen im Gewebe nachzuweisen. Dadurch war es ermöglicht, festzustellen, an welchen Orten sich Silber ablagert bezw. ausscheidet.

Von den Ergebnissen sei hervorgehoben, dass Silberlösung, subkutan oder endovenös verabreicht, sich mit den Gewebssäften im Körper vertheilt, ohne irgend welche örtliche Reizungen oder toxische Erscheinungen zu veranlassen. Die Vertheilung in den Organen ist eine sehr verschiedene und von dem Zeitpunkte der Untersuchung abhängig. So fand sich Silber 3 Stunden nach der Einführung im

Blute, Herz, Milz, Nieren, Lungen, Leber, Dünn- und Dickdarm, wo anscheinend die Ausscheidung erfolgt, nach 9 Tagen nur noch in Herz und Lungen, Milz, Nieren, Dünn- und Dickdarm, nach 28 Tagen war Silber nicht mehr nachweisbar. L. fasst das Gesammtergebnis dahin zusammen: »Dass im unmittelbaren Anschlusse an die Einführung von kolloidalem Silber wohl eine allgemeine Vertheilung über den gesammten Organismus durch den Blutstrom stattfindet, dass diese aber eine vorübergehende ist, und dass selbst von den Hauptablagerungsstätten des Silbers dieses in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Ausscheidung gelangt.« Zeichen für Argyrie fehlten dem entsprechend vollständig. —

Die Arbeit K.'s bringt zu Vorstehendem sowohl Bestätigungen wie Erweiterungen. Er zeigt, dass eiweißhaltige Lösungen bezw. solche mit Zusatz von Gelatine oder Gummi arabicum im Stande sind, Silber in kolloidaler Form auch bei ungünstigen äußeren Einflüssen zu erhalten. Ganz besonders vermag dies auch das Blut. Diese Versuche bezeugen die Zweckmäßigkeit der Credé'schen Verordnung, Silberlösungen innerlich mit Gummischleim, subkutan mit Eiweißzusatz zu verabfolgen.

K. konstatirt ferner, dass subkutan verabfolgte Silberlösung fast vollkommen resorbirt wird, dass das intravenös und subkutan gegebene kolloidale Silber zum größten Theile mit dem Kothe ausgeschieden wird, innerlich gegeben den Darmkanal in kolloidaler Form zu passiren vermag und dabei abtödtend auf die Darmbakterien wirkt.

Nach intravenöser Einspritzung beobachtete K. Temperatursteigerungen und glaubt, dass dieselben durch Einwirkung des Silbers entstanden sind. (Ref. kann in diesem letzten Punkte auf Grund eigner Beobachtungen nicht zustimmen. Denn diese Temperatursteigerungen können sehr wohl auf anderen Ursachen beruhen. So findet man häufig nach intravenösen Injektionen, wenn nicht unmittelbar vorher die Silberlösung filtrirt wurde, kapilläre Embolien in der Lunge, die um sich herum kleine Entzündungsherde haben.[1] Ferner müssten sich die Temperatursteigerungen, falls das in den Kreislauf übergehende Silber die alleinige Ursache bildete, auch bei subkutanen Injektionen finden; dies ist jedoch nicht der Fall.)

J. L. Beyer (Dresden).

---

9) **Zoppi.** Del processo intimo di guarigione de distaceo epifisario. Del trapianto della cartilagine interepifisaria. Della costituzione della cartilagine interepifisaria con cartilagine articolare. (Vorläufige Mittheilung.)

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1900. No. 7.)

1) Die Epiphysenlösung heilt, im Gegensatze zu den gewöhnlichen Frakturen, durch charakteristische Neubildung von Epi-

[1] Verf. führt keine Sektionsbefunde an.

physenfugenknorpel und führt in kurzer Zeit zu vollkommener Restitutio ad integrum.

2) Man kann den Intermediärknorpel von einem Thiere auf ein anderes derselben Species überpflanzen; er heilt ein, bildet Knochen und erzeugt eine normale Verlängerung.

3) Knorpel von verschiedener Species wird resorbirt.

4) Knorpel von Erwachsenen heilt nur in günstiger Umgebung ein, z. B. nach partieller oder totaler Entfernung des Knorpels an der Einpflanzungsstelle. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

10) **Roncali** (Rom). Sur un nouveau procédé de laminectomie temporaire et son matérial instrumental.

(Travaux de neurologie chir. 1900. No. 2 u. 3.)

Die Methoden der Laminektomie von Ollier, Urban, Cavicchia gewährleisten nach R. nicht immer völlige Erhaltung der statischen Verhältnisse der Wirbelsäule und haben zuweilen Rückenmarkskompression durch Narbengewebe zur Folge. Er empfiehlt nach Leichenversuchen folgendes Verfahren: 1) 18—22 cm langer Schnitt über den Darmfortsätzen durch Haut und subkutanes Fett; dann 1 cm jederseits von der Dornfortsatzmittellinie Schnitt durch die Muskulatur bis auf die Bögen. 2) Durchschneidung der Bögen, wobei Verf. Meißel und Hammer vermieden wissen will. Er hat desshalb einen freilich recht komplicirten »Laminoklasten« konstruirt, bestehend in 2 durch Schraubengewinde einander entgegengeführten Knochenmessern. (In Deutschland benutzt man wohl allgemein die Gigli'sche Säge. Ref.) 3) Der so gebildete Knochen-Periost-Muskel-Lappen lässt sich durch seitliche Neigung und Anziehen der Dornfortsätze mittels eines ebenfalls neu konstruirten Pince apophysaire so weit lüften, dass man meist gut an die Dura herankann. Wo dies nicht möglich, da ist es 4) nöthig, am oberen oder unteren Ende der ausgelösten Dornfortsätze die Bänder zwischen zwei Wirbelbögen zu durchtrennen und den Lappen aufzuklappen. Wenn man die Durchtrennung in der Mitte vornimmt, erhält man 2 solche Lappen.

Zum Verschlusse ist die Naht der etwa eröffneten Dura nöthig und schließlich die Fixirung des Lappens durch Umschnürung der Dornfortsätze mit Draht. **P. Stolper** (Breslau).

---

11) **Oberst** (Halle a/S.). Ein Beitrag zu der Frage von den traumatischen Wirbelerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

O. spricht sich in der Abhandlung erneut (s. Bericht über die Naturforscher- und Ärzteversammlung in München, Referat in dies. Blatte 1899 p. 1325) dahin aus, dass die Fälle der sog. traumatischen Spondylitis — abgesehen von der tuberkulösen und den noch nicht genügend geklärten Erkrankungen der Wirbelgelenke nach Trauma—

als Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule aufzufassen seien, indem er die Annahme, dass sich nach unbedeutenden Verletzungen der letzteren eine rareficirende Ostitis entwickele, als den sonst in der Pathologie der Verletzungen geltenden Anschauungen entgegenstehend bezeichnet. Er hat 20 Fälle von leichten Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule — und zwar stets bei jugendlichen Individuen nach nicht unerheblichen Gewalteinwirkungen — beobachtet, ohne darunter einen einzigen beweisenden Fall von Spondylitis traumatica gesehen zu haben. Da die Diagnose dieser Fälle oft schwierig ist, vielfach nur eine einfache Kontusion angenommen wird, geschieht es leicht, dass die Kranken vor vollendeter Heilung das Bett verlassen und in Folge der zu frühen Belastung der Wirbelsäule nach 1—3 Wochen, indess auch später eine Verbiegung, einen Buckel bekommen, gerade so wie sich nach Frakturen der Gliedmaßen bei zu früher Inanspruchnahme Verbiegungen der letzteren ausbilden (Coxa vara adolescentium etc.). Da auch Kümmell jetzt auf gleichem Standpunkte steht, den eben so König, Schede, Trendelenburg u. A. vertreten, ist somit kein Grund mehr vorhanden, den Namen »traumatische Spondylitis« weiter zu gebrauchen. Statt dessen sollte man auch die leichteren Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule als solche bezeichnen oder von traumatischem Buckel, von traumatischer Kyphose sprechen. **Kramer** (Glogau).

---

12) **Chipault** (Paris). Les arthropathies trophiques consécutives aux affections chirurgicales de la moëlle: traumatismes, mal de Pott, tumeurs.

(Travaux de neurologie chirurg. 1900. No. 1.)

Den von Charcot (1868) zuerst beschriebenen Arthropathien bei Tabes und bei Syringomyelie stellt C. ähnliche Erfahrungen bei chirurgischen Erkrankungen des Rückenmarks an die Seite, die trophischen Arthropathien bei Verletzungen des Rückenmarkes, bei Tuberkulose und Geschwülsten an und in der Wirbelsäule. Es ist verhältnismäßig wenig über diese physiologisch überaus beachtenswerthe Erscheinung geschrieben, vielleicht, weil sie in das Grenzgebiet der inneren Medicin und Chirurgie entfällt, vielleicht, weil das Symptom therapeutisch nicht sehr in Frage kommt. Am augenfälligsten treten die Arthropathien bei den Hemiläsionen des Markes, besonders an den Kniegelenken in die Erscheinung. Bei den Fällen von Stichverletzung des Rückenmarkes, die Viguès, Joffroy et Salmon, Kirmisson u. A. beschrieben haben, entwickelte sich auf der Seite der motorischen Lähmung ohne Fieber ein einfacher Hydrops genu, meist ohne Schmerzen, in der 2. oder 3. Woche nach der Verletzung mit periartikulärem Ödem oder ohne solches und schließlich verschwindend in demselben Tempo wie die motorische und sensible Störung. (In der vom Ref. [Deutsche Chirurgie Bd. XL.] beschriebenen Halb-

seitenläsion durch Stich war der Schmerz im Knie- und Ellbogengelenke das einzige Symptom der Arthropathie.) Die eigenen Beobachtungen C.'s bei Wirbelfrakturen — 4 Fälle — betrafen nicht bloß seröse, sondern auch eitrige Ergüsse und in 2 Fällen Arthropathien mit Veränderungen am Knochen, Verdickung des Femur und der Tibia, Lockerung der Gelenkkapsel mit starker Krepitation bei Bewegung, schließlich beim Gebrauche Ausbildung von Genu valgum. C. hält auch die (nach Ansicht des Ref. durch Peroneuslähmung bedingte) Hallux valgus-Bildung bei traumatisch Paraplegischen für eine Arthropathie vasomotorischen Ursprungs.

Bei Malum Pottii und Geschwülsten der Wirbelsäule sah C. Kniegelenksergüsse bei Nichtgelähmten und bei Gelähmten, bei Ersteren aber auch vorübergehende vasomotorische Störungen, die sich in Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Hitzegefühl äußerten. Oft war der Erguss ein hämorrhagischer, auch Gelenkknorpel und Knochen hatten mehr oder weniger rothe Farbe. C. fand die Kapillaren erweitert und bluterfüllt, zum Theil echte Infarkte.

C. bezeichnet diese Gelenkerkrankungen bei chirurgischen Rückenmarksleiden aus Analogie mit den gleichartigen tabischen Affektionen als trophische Gelenkerkrankungen. Er erläutert aber des Weiteren, dass er im Wesentlichen die vasomotorischen Störungen als die Ursache derselben ansieht. Der gewöhnlich hämorrhagische Charakter der Gelenkergüsse, der kongestive Zustand mit Erweiterung der Kapillaren und hämorrhagischen Infarkten, endlich die Mitbetheiligung des Knochen- und Knorpelgewebes sprechen für den vasomotorischen Charakter der Krankheit. Differential-diagnostisch hat man zu bedenken, dass Luxationen und Subluxationen bei Paraplegischen in Folge von Konktraturen bezw. Lähmungen periartikulärer Muskeln vorkommen. (Wagner-Stolper haben einen Fall berichtet, dass ein Arzt auf Veranlassung eines Kollegen(!) angeklagt wurde wegen Unterlassung der Einrichtung einer Hüftgelenksverrenkung. Der Denunciant hatte selbst übersehen, dass eine Stichverletzung des Rückenmarkes die Ursache der Verrenkung war. Ref.) Ferner können rheumatische und infektiös-eitrige Gelenkergüsse auch bei Rückenmarkskranken vorkommen.

P. Stolper (Breslau).

---

13) **P. Redard.** Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale.

Paris, **Masson & Cie.,** 1900. 464 S. mit 231 Abbildungen.

Ausführlicher als in seinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie schildert Verf. in dem vorliegenden Werke die Pathologie und Therapie der Wirbelsäulenverkrümmungen. Die Eintheilung und Behandlung des Stoffes ist vortrefflich gelungen. Aus der Litteratur ist mit Sorgfalt das zu einer erschöpfenden klinischen Darstellung Nothwendige zusammengestellt. Hierbei ist das Bestreben nicht zu verkennen, auch der deutschen Litteratur gerecht zu werden, die in

so manchen der vorliegenden Fragen maßgebend gewesen ist. Aber es giebt auch kein Kapitel, in welchem nicht von eigenen Erfahrungen berichtet werden kann. Diese sind es gerade, welche dem Verf. zu einer selbständigen Bearbeitung des Themas Veranlassung gegeben haben. An einem wohl geprüften Materiale findet der Praktiker die Indikationen, die Mittel und Wege der Behandlung, so wie die Grenze, bis zu welcher ihm seine Leistungen Erfolg versprechen, genau vorgezeichnet. Im Allgemeinen steht Verf. auf dem Standpunkte, Maß zu halten bei der Anwendung von Gewalt, die bei keiner Art von Wirbelsäulenverkrümmung ausgeschlossen zu werden braucht, weder bei dem tuberkulösen Buckel noch bei der rachitischen Skoliose, wenn sie kontinuirlich und gleichmäßig erfolgt und nicht übertrieben wird, Maß zu halten auch in der Auswahl der Fälle. Desshalb ist eine genaue Diagnose hinsichtlich der Beweglichkeit der Wirbelsäule, der Ausdehnung des Krankheitsprocesses und hinsichtlich des Allgemeinzustandes von großem Werthe. Nach diesen Grundsätzen hat Verf. die Reduktion des tuberkulösen Buckels in 120 Fällen mit ausnahmslos günstigem Verlaufe ausgeführt. Sein Verfahren der Lordosirung der Wirbelsäule mit Hilfe eines Apparates beruht auf ähnlichen Voraussetzungen wie das von Lorenz, was Verf. besonders hervorhebt. Die Technik des Gipsverbandes ist gebührend berücksichtigt. Dicke Verbände werden möglichst vermieden. Die Gipsbinden werden nach Sayre direkt auf Trikot oder einen ähnlichen Stoff als Unterlage aufgetragen. Nur auf Brust, Magen, Bauch und Spinae wird etwas Watte aufgelegt. Wie der Buckel wird auch die Skoliose, wenn andere Methoden im Stiche lassen, mit Händekraft und instrumentell redressirt, jedoch zum größten Theile mit anderen Hilfsmitteln, worüber die Arbeit selbst Aufschluss zu geben hat. Bei der Behandlung der Skoliose mit aktiven, passiven und Widerstandsbewegungen wird, da dies dem Autor näher liegt, von Apparaten möglichst Abstand genommen. Dagegen findet sich eine ziemlich reiche Auswahl von Redressionsapparaten, zu deren Erklärung bekannte, in der Litteratur vielfach wiederkehrende Abbildungen beigegeben sind. In Bezug auf Korsetts sagt R., dass manche Vorrichtungen ausgezeichnet sind in der Theorie, in der Praxis aber nichts leisten. Bei beweglichen Skoliosen kann zuweilen das Hessing'sche Stützkorsett mit Vortheil angewandt werden. Mehr Erfolg verspricht jedoch der inamovible Gipsverband, der entweder nach der Mobilisation der Wirbelsäule oder nach dem Redressement angelegt wird.

Die Litteratur ist auf 40 Seiten am Schlusse des Werkes verzeichnet. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

14) **S. Mollier.** Über die Statik und Mechanik des menschlichen Schultergürtels unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

(Abdruck aus der Festschrift für C. v. Kupffer.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1900. 81 S. mit 71 Abbildungen, 7 Tabellen und 2 Beilagen.

Exakte Experimentaluntersuchungen auf dem Gebiete der Muskel- und Gelenkmechanik sind wegen der damit verbundenen Schwierigkeiten verhältnismäßig nur selten angestellt worden. Von den Autoren, die sich mit derartigen Untersuchungen befassten, sind als die bedeutendsten zu nennen Borelli, Gebrüder Weber, Haughton, H. Meyer, A. und E. Fick, Cleland, Braune und O. Fischer. Diesen Autoren schließt sich M. mit einer weiteren hervorragenden Arbeit auf dem genannten Gebiete an. Die Arbeit ist so abgefasst, dass sie nicht allein für Anatomie und Physiologie Bedeutung gewinnt, sondern auch für die praktische Medicin. Eine exakte Analyse der Bewegungen des Schultergürtels, welche die bisherigen klinischen Beobachtungen (Duchenne, Gaupp etc.) zu ergänzen im Stande ist, kann für die Beurtheilung der zahlreichen und vielfältigen Bewegungsanomalien des Schultergürtels nur von Werth sein.

H. Meyer hat zuerst die Idee fallen lassen, dass sich das Schulterblatt um eine fixe Achse dreht (wie eine Klingelvorrichtung älterer Konstruktion). Er verlegte vielmehr die Bewegungen desselben in beide Schlüsselbeingelenke. M. ist zwar nicht von den Anschauungen H. Meyer's ausgegangen, hat aber ebenfalls als richtig erkannt, dass die Stellung und Lage des Schultergürtels abhängt von der Wirkung der Muskulatur auf das sternale und acromiale Schlüsselbeingelenk.

Verf. begann seine Untersuchungen an einem durch Präparation an der Leiche gewonnen, mit einem künstlichen Torso versehenen, »bewegungsmechanischen« Modelle. An diesem Modelle sind die Muskeln, deren Wirkung auf den Schultergürtel studirt werden soll, nämlich Trapezius, Rhomboideus, Levator, Serratus und Pectoralis minor, resp. die Muskeleinheiten durch starke Schnüre ersetzt, welche möglichst genau die Zugrichtung der betreffenden Fasern einhalten und durch Tasten in Bewegung gesetzt werden, um so die Wirkung auf das sternale und acromiale Schlüsselbeingelenk zum messbaren Ausdrucke zu bringen. Der Zergliederung der durch das Modell gewonnenen Untersuchungsergebnisse ist der Haupttheil der Arbeit gewidmet. Es kann hier nur darauf hingewiesen werden, dass jeder Abschnitt der Arbeit mit einem außerordentlichen Verständnis für exakte wissenschaftliche Forschung abgefasst ist. Ein kurzer Auszug lässt sich hier nicht geben. Die Schrift will selbst studirt werden.

So weit es möglich war, hat Verf. die Resultate seiner Untersuchungen auch am lebenden Modelle nachgeprüft. Die Probe ist nur zu Gunsten der Experimentaluntersuchung ausgefallen. Schließ-

lich hat es Verf. auch nicht an einer klinischen Besprechung der isolirten Lähmungen der Muskeln des Schultergürtels im Lichte der von ihm gegebenen Darstellung fehlen lassen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **Graef.** Die Einrichtung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Habituelle Luxation, deren Einrichtung immer große Schwierigkeiten auch in Narkose gemacht hatte. Das letzte Mal gelang sie nach vorherigen vergeblichen Versuchen ohne Narkose unter Chloroform sehr leicht durch einen Zug in der Richtung nach der gesunden Beckenseite hin. (Ähnlich ist seit vielen Jahren schon vor der Veröffentlichung Riedel's die Reposition derartiger Luxationen von Geh.-Rath Braun und seinen Schülern in frischen Fällen mit gutem Erfolge gemacht worden [Ref.].)

Borchard (Posen).

---

16) **C. Beck.** On the treatment of metacarpal fracture.

(Separatabdruck aus New York med. journ. 1900. August 4.)

Um eine möglichst exakte Vereinigung bei Brüchen der Mittelhandknochen zu erzielen, empfiehlt Verf. nach seinen Erfahrungen, den gebrochenen Metacarpus durch 2 Gummidrainröhren mittlerer Stärke so zu schienen, dass dieselben die dem Bruche benachbarten Zwischenknochenräume des Handrückens ausfüllen. Heftpflasterstreifen halten die Gummischienen in ihrer Lage, während die Fixirung der Hand durch Moosschiene geschieht.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

17) **Lichtenauer.** Über die Behandlung der Kniescheibenbrüche mit permanenter Gewichtsextension.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 446.)

Kurze Mittheilung, dass diese von L. gerühmte Behandlung bereits von Bardenheuer empfohlen ist, worauf dieser L. brieflich aufmerksam gemacht hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

18) **Delbet.** Nouveau procédé de désarticulation momentanée pour tuberculose du tarse.

(Indépendance méd. 1900. September.)

Verf. empfiehlt für geeignete Formen der Tuberkulose der Fußwurzelknochen die temporäre Exartikulation entweder im Lisfranc oder Chopart oder sub talo, je nach dem Falle. Die Sehnen werden sorgfältig geschont, der Plantarlappen natürlich nicht durchtrennt, sondern die Gelenkflächen (wenn sie nicht selbst erkrankt sind) nach Entfernung des Krankheitsherdes wieder in ihre normale Lage zu

einander gebracht. Auf diese Weise lassen sich besonders leicht der Fußsohle zugekehrte erkrankte Stellen erreichen. Von den Gelenkflächen soll man möglichst viel zu erhalten suchen.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mittheilungen.

19) XIII. Internationaler medicinischer Kongress zu Paris vom 2. bis 9. August 1900.

Aus der Sektion für Chirurgie.

(Nach dem Berichte in Revue de chirurgie 1900. Hft. 9.)

(Schluss.)

E. v. Bergmann (Berlin): La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.

Die Lehre von den Knochenbrüchen hat in den letzten 10 Jahren 2 bedeutende Fortschritte gemacht: die operative Behandlung gewisser einfacher Frakturen Zwecks genauer Anpassung der Bruchenden, und die genauere Diagnose der Beschaffenheit des Bruches mittels des Röntgenverfahrens.

Muskelinterposition kann auf Grund der Durchleuchtung vermuthet werden, wenn eine Dislocatio ad longitudinem mit einem Zwischenraume zwischen den Bruchenden besteht, der bei verschiedener Lagerung der Bruchenden zu einander immer der gleiche bleibt.

Röntgenbilder frischer Kniescheibenbrüche decken 3 verschiedene Heilungshindernisse auf:

1) Verschiedene Größe der Bruchenden, oberes gewöhnlich größer als das untere, daher mangelhafte Adaption.

2) Mehrfache Bruchstücke. Neben den Hauptfragmenten noch kleinere, so wie Knochensplitter, welche sich zwischen die Bruchenden legen.

3) Drehung des einen Fragmentes, so dass die Bruchfläche des einen auf die äußere Oberfläche des anderen zu liegen kommt.

In mehr als 25 Fällen dieser Art wurde von v. B. mittels der Metallnaht (Silber oder Aluminiumbronze) vollkommen knöcherne, durch das Röntgenbild bestätigte Heilung erzielt mit Einheilung der Metallfäden im Callus.

Gegenüber der fast immer gleichartigen (operativen) Behandlung der Kniescheibenbrüche ist die der Brüche des unteren Radiusendes nach Form des Bruches und Verlagerung der Fragmente verschieden. (Demonstration von Röntgenbildern der verschiedenen Formen.)

Metatarsal- und Tarsalbrüche wurden vor Einführung des Röntgenverfahrens fast gar nicht erkannt und häufig mit entzündlichen Processen und Kontusionen verwechselt. (Demonstration von Bildern dieser Brüche.)

Tuffier (Paris): Réduction des fractures par la radiographie. — Influence des appareils sur cette réduction.

Studien über die Reposition bei Knochenbrüchen (200 Fälle) mittels der Kontrolle durch Röntgendurchleuchtung führten zu folgenden Schlüssen:

Die gewöhnlichen Verbände wirken nur auf die Richtung der Bruchenden, nicht auf die Adaption ein. Die günstige Richtung der Bruchenden ist für die Vermeidung funktioneller Störungen wichtiger, als die genaue Adaption.

Studien über die Art der Diaphysenbruchstücke nach Freilegung der Bruchstelle. Hierbei wurden als Repositionshindernisse gefunden: freie Splitter, Bindegewebs- oder Muskelinterpositionen, Einbohrung von Bruchstücken in die Muskelmassen etc.

T. benutzte fernerhin von Collin konstruirte Zug- und Druckapparate zur exakten Koaptation der Fragmente und sicherte diese durch die Naht, immer unter Kontrolle mittels Röntgendurchleuchtung.

Eben so wie bei gewissen Diaphysenbrüchen hält er für Epiphysenbrüche, besonders am Knie und Ellbogen, die Naht für nothwendig.

Destot (Lyon): Les fractures méconnues et la radiographie.

Demonstration von Röntgenbildern einer Anzahl erst durch die Durchleuchtung als solche erkannter Brüche der Mittelfußknochen, des Fersenbeines, der Tibiakondylen, des oberen Femurendes eines Säuglings (Verwechslung mit Coxalgie und Hüftverrenkung), so wie von Fissuren und Distorsionen, welche durch die Radiographie aufgedeckt wurden.

G. Maunoury (Chartres): La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.

Besprechung der Fehlerquellen bei der Technik und der Beurtheilung der Röntgenbilder. Die Skiagraphie ist diagnostisch besonders wichtig bei Frakturen am oberen Humerusende (Verwechslungen mit Periarthritis), am unteren Radiusende (Betheiligung des Carpus!), am Tibio-Tarsalgelenke (Betheiligung des Calcaneus!), am Calcaneus und den Metatarsen.

Das genaue Studium der Callusentwicklung ist erst durch die Skiaskopie möglich geworden. Bei einzelnen Brüchen, besonders bei Schrägbrüchen des Schienbeines, kann der Callus lange Zeit, selbst nach vollkommener Konsolidation, unsichtbar bleiben. Beim Kinde dehnt sich die Callusentwicklung, anstatt sich, wie beim Erwachsenen, auf die unmittelbare Umgebung der Bruchenden zu beschränken, weithin auf die Bruchstücke aus.

Besprechung des Einflusses der Durchleuchtung auf die Behandlung, speciell auf die Indikationsstellung bezüglich der Knochennaht (besonders bei Gelenkbrüchen) und fehlerhafter Callusentwicklung (abnorme Knochenvorsprünge, deformer Callus, Sequester etc.). Bei komplicirten Brüchen wird das Suchen nach den Splittern etc. erleichtert, bei komplicirten Gelenkbrüchen die Entscheidung, ob Resektion oder konservative Behandlung.

Lucas-Championnière: Quelles sont les fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation? Résultats de ce traitement.

Behandlung der Knochenbrüche mit methodischen und dosirten Bewegungen und Massage sehr bald nach der Verletzung. Die Massage muss sehr sanft und allmählich zunehmend bis zur Nachbarschaft der Bruchstelle ausgeführt werden. ohne dass die Bruchstelle selbst in Angriff genommen wird. Die vollkommene Immobilisirung ist der Knochenheilung weniger günstig, als eine gewisse Dosis von Bewegungen.

Vortr. hat die Methode, mit oder ohne Massage, bei allen möglichen Brüchen, besonders denen der Gelenke angewendet. Bei letzteren geht die knöcherne Vereinigung schneller und solider vor sich, als bei der gewöhnlichen Behandlungsweise. Die Schmerzhaftigkeit schwindet bei richtiger Anwendungsweise sehr prompt. Ihr Fortbestehen ist eine Gegenanzeige gegen die Methode. Gleiches gilt von den Muskelkontrakturen. Die Resorption des Blutergusses tritt schneller ein, als bei festgestellten Gliedern; Haut, Muskeln und Nerven bleiben besser in Funktion. Die Nachbehandlung nach Abnahme des Gipsverbandes zur Wiederherstellung der Geschmeidigkeit des Gliedes fällt bei der Methode des Vortr. fort. Fixirende Verbände sind nicht im Stande, bedeutende Deformationen zu verhindern.

Ohne jeden fixirenden Verband, nur mit Bewegungen und Massage wurden behandelt: 1) alle Oberarmbrüche, welche ihren Sitz am oberen Ende bis zum Deltoidesansatze, am unteren Ende bis 4 Finger breit über dem Gelenke haben; 2) Ellbogenbrüche; 3) Brüche des unteren Radiusendes (ohne größere Verschieblichkeit); 4) fast alle Schlüsselbeinbrüche; 5) alle Fibulabrüche am unteren Ende ohne Abweichung des Fußes; 6) alle doppelseitigen Malleolenbrüche ohne



Neigung zu Verschiebung nach den Seiten oder nach hinten; 7) Kniegelenksbrüche und Oberschenkelbrüche ohne Verstellung; 8) alle Schulterblattbrüche.

Ausnahmsweise können auch noch ohne Fixationsverband behandelt werden: 1) Oberarmbrüche im mittleren Theile, 2) Unterschenkel- und Vorderarmbrüche, sämmtlich, wenn keine Verstellung vorhanden ist. Außerdem kann man die Methode des Redners mit fixirenden Verbänden in geeigneten Fällen kombiniren; die Erfolge sind dann aber weniger vollkommen, als in den erstgenannten Fällen. Die Massage muss fortgelassen werden: 1) bei jungen Kindern wegen Gefahr übermäßiger Callusbildung, 2) bei Greisen mit Arteriosklerose.

Es wurden so behandelt: Brüche der Fibula 65, der Tibia 90, des Femur 6, des Humerus 60, des Olekranon 20 (nur Massage und Bewegungen), des Radius 124, des Vorderarmes 22.

Thiéry (Paris): La suture osseuse dans le traitement des fractures, celle de jambe en particulier.

Die Behandlung der Frakturen der langen Röhrenknochen mittels fixirender Verbände ist unsicher und ungenügend (starke Verschiebung, schlechte Funktion). Es soll daher auch bei einfachen Frakturen der langen Röhrenknochen, sobald eine Verschiebung da ist, durch eine aktivere Therapie als bisher, nämlich durch die Knochennaht, versucht werden, eine Restitutio ad integrum herbeizuführen. T. hält die Freilegung der Bruchstelle für keine Komplikation der Behandlung. Er hält daher die Knochennaht für das Verfahren der Wahl bei Brüchen der langen Röhrenknochen mit Verschiebung.

Chipault (Paris): Statistique thérapeutique de 147 fractures vertébrales.

Eine aktivere Behandlung der Wirbelsäulenbrüche ist unter gewissen Umständen nothwendig. 147 eigene Beobachtungen.

1) Brüche, welche nach 24—48 Stunden zur Behandlung kamen: 34 Fälle, davon 20 entweder wegen des starken Choks oder der Geringfügigkeit der Dislokation exspektativ behandelt. In 2 Fällen mit gleichfalls geringer Dislokation, aber rasch zunehmenden Markerscheinungen fand sich bei der Laminektomie peridurale und perimedulläre Blutung. In 10 weiteren Fällen mit ausgeprägter Verschiebung und schweren Markerscheinungen: Reposition der Verschiebung mit nachfolgendem Gipskorsett (3) oder Ligatur der Dornfortsätze (2), Laminektomie in 5 Fällen, davon 3 mit Resektion der gegen den Markkanal vorspringenden Knochenkante, 2 mit Reposition derselben und Ligatur der Bögen, immer mit Eröffnung der Dura und direkter Inspektion des Markes. 1mal Naht der Nervenwurzeln. In 2 auf die Bögen beschränkt gebliebenen Brüchen Laminektomie.

2) Brüche, welche 5—20 Tage nach der Verletzung zur Behandlung kamen: 57 Fälle. In 20 Fällen schwere Komplikationen: Myelitis ascendens, Nierensymptome, Sepsis. Daher exspektative Behandlung. In 10 weiteren Fällen mit weniger schweren Komplikationen: 7mal tiefe Kauterisationen, 4mal Blasendrainage durch die Harnröhre, 2mal Cystostomia suprapubica (bei Strictura urethrae, resp. Hypertrophia prostatae). Die übrigen 27 Fälle blieben ohne Komplikationen. Von diesen wurden behandelt: 7 mit Reposition der beträchtlichen Knochenverschiebung; 14mal war die Verschiebung mäßig, davon 6 mit schlaffer Paraplegie: 2 exspektativ, 1 mit Reposition, 3 mit Laminektomie und Resektion des Callus behandelt (2 Besserungen bei der letzteren Kategorie). Weiterhin 2mal spastische Paraplegie: 2 Laminektomien. 6mal reine Wurzelsymptome, davon 4 im Bereiche der Cauda equina: 6 Laminektomien. Schließlich 6 Fälle ohne Dislokation, davon 2 mit Lumbalpunktion (Entleerung von 125 g Blut ohne therapeutischen Erfolg), 3 mit Laminektomie (2mal im Bereiche des Os sacrum) behandelt.

3) 3—8 Monate alte Frakturen: 6 Fälle, 4mal mit schlaffer Paraplegie und leichter Dislokation. 1mal Laminektomie wegen spastischer Paraplegie, 1mal Ligatur der Dornfortsätze bei einem Pat. mit leichten Markerscheinungen, aber zunehmender Kyphose.

4) Mehr als 1 Jahr alte Brüche: 43 Fälle. 17 exspektativ behandelt; davon 7 mit völliger, aber nicht zunehmender Paraplegie, ohne trophische Störungen und ohne Blaseninfektion. Bei 7 ist Gang mit Krücken oder Stock möglich, es bestehen entweder nur Wurzelerscheinungen oder nicht mehr fortschreitende Markentartungen. Ferner: 17 mit Laminektomie behandelte Fälle, 5 mit motorisch-sensiblen und recidivirenden trophischen Störungen; 2 mit Spätsymptomen in Folge hypertrophischer Callusentwicklung (Resektion desselben); 1 mit Spätsymptomen in Folge Entwicklung eines Fibrosarkoms der Meningen (Exstirpation desselben); 1 mit starken Schmerzen im Bereiche des Bruches in Folge von Wurzelkompression (intradurale Resektion der Wurzeln). 3mal Redressement der Wirbelsäule mit Ligatur wegen zunehmender Kyphose (Kümmell). Außerdem 9 indirekte Eingriffe, wie Cystostomien, Arthrodesen etc.

Ollier (Lyon): Demonstration de l'ostéogénèse chirurgicale par la radiographie etc.

Demonstration von Röntgenbildern subperiostal resecirter Gelenke, an welchen sich die Neubildung des Gelenkes in ihren Einzelheiten Schritt für Schritt verfolgen lässt.

C. Trunecek (Prag): Une nouvelle méthode de traitement des ostéoarthrites tuberculeuses.

Bei fistulösen tuberkulösen Knochenentzündungen werden Einspritzungen einer Mischung empfohlen, welche dem anorganischen Bestandtheile des Blutserums in 30facher Koncentrirung entspricht: Natrium sulfur. 1,46, Natrium chlorat. 16,4, Natrium phosphor. 0,5, Natrium carbon. 0,7, Kalium sulfur. 0,94, Aqua 80,0. Diese Mischung wirkt kaustisch auf die pyogene Membran und ruft akute Entzündung der gesunden Umgebung der Fisteln hervor. Die Fistelgänge werden so lange durchspült, bis die Flüssigkeit klar abläuft, dann folgt eine Jodoformätherinjektion. Die Schmerzen nach dem Eingriffe sind erträglich, derselbe muss nach 4—10 Wochen erneuert werden. T. erzielte so Heilung durch Bindegewebsentwicklung um die tuberkulösen Herde und narbigen Verschluss der Fisteln bei Tuberkulose des Ellbogens und Fußes, selbst bei Amputationsfällen.

G. Nanu (Bukarest): De l'opération inter-iléo-abdominale.

N. fügt den 8 bisher veröffentlichten Fällen von Exarticulatio inter-ileo-abdominalis (3 Heilungen) einen 9., wegen Myxosarkoms der linken Beckenhälfte und des Oberschenkels operirten, hinzu. Die obere Geschwulstgrenze war 2 Finger breit unterhalb des Nabels zu fühlen, der Oberschenkel stand in leichter Beugung, Außendrehung und Abduktion. Der Beginn der Erkrankung lag 16 Monate zurück; in letzter Zeit starke Zunahme der Schmerzen. Operation in Äthernarkose: Nach Herstellung der Blutleere im Beine Bildung eines vorderen Lappens, dessen Basis vom Tuberculum pubis zur Spina post. sup. geht, Ablösung des Bauchfells, extraperitoneale Unterbindung der Art. iliaca communis nebst der Vene, Bildung eines großen hinteren Muskellappens, Entfernung der linken Beckenhälfte, beim Os pubis beginnend. Dieselbe wird durch kräftigen Zug am Beine sehr erleichtert. Naht und Drainage der Wunde durch den hinteren Wundwinkel. Die Untersuchung des Präparates ergab, dass die Geschwulst vom Darmbeine ausging und von dort aus Scham- und Sitzbein, Kopf und Hals des Femur ergriffen hatte. Am 7. Tage nach der Operation war Pat. auf dem Wege der Besserung.

Lucas-Championnière (Paris): Traitement des formes graves du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse.

L.-C. entfernt bei schweren Formen des Klumpfußes von einem dorsalen Längsschnitte aus sämmtliche Tarsalknochen mit Ausnahme des Calcaneus, von welchem meist nur das vordere Drittel fortfällt. Sehnen und sonstige Weichtheile werden sorgfältig geschont, die Wunde für einige Tage drainirt. Es wird kein fixirender Verband angelegt, sondern nur der Fuß schon bei der Operation redressirt und vom 4. Tage ab täglich mobilisirt. Das Endergebnis ist eine bedeutende Verminderung der Difformität, die Festigkeit trotz der ausgedehnten Knochen-

entfernung eine vollkommene, eben so die Beweglichkeit. Die Verkürzung des Fußes beträgt durchschnittlich 1—1½ cm.

Bisher 31 so operirte Fälle, immer mit Erfolg. Die Menge der fortgenommenen Knochen ist gleichgültig bezüglich der Festigkeit des Fußes. Eine Apparatnachbehandlung ist überflüssig. **Mohr** (Bielefeld).

---

20) **Hämig und Silberschmidt** (Zürich). **Klinisches und Bakteriologisches über »Gangrène foudroyante«.**

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 12.)

Drei besonders schwere Fälle von accidenteller Wundkrankheit wurden von den Verff. in der Krönlein'schen Klinik bakteriologisch sorgfältig untersucht und klinisch geschildert. In zwei Fällen fand man den Bacillus des malignen Ödems neben einem anderen Mikroorganismus, Bacterium coli bezw. Streptococcus. Bei dem ersten der Pat. entwickelte sich überaus rasch das ausgesprochene Bild der akuten progredienten Gasphlegmone (Rauschbrand). Bei dem anderen wurden Streptokokken auch im Körperblute gefunden; er ging trotzdem in Genesung aus.

Verff. nehmen an, dass für die Entwicklung des Bacillus des malignen Ödems im menschlichen Organismus entweder eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Körpers durch andere Krankheiten oder — wie im vorliegenden Falle — durch eine schwere Verletzung mit beträchtlichen Cirkulationsstörungen gegeben sein müsse, und dass auch die Mischinfektion eine wichtige Rolle spiele. Es sei nicht anzunehmen, dass der Ödembacillus nachträglich hinzugetreten sei; es habe sich wahrscheinlich um eine gleichzeitige Doppelinfektion gehandelt.

P. Stolper (Breslau).

21) **D. Schwarz** (Agram). Meine Erfahrungen über künstliche medulläre Analgesie.

(Liečnički viestnik 1900. No. 11. [Kroatisch.])

Vorerst giebt Verf. seiner Überzeugung Ausdruck, dass es sich hier um einen der glänzendsten modernen Fortschritte der Chirurgie handle. Dieser bei Tuffier gewonnene Eindruck hat sich bei seinen eigenen Erfahrungen nur bestärkt.

Nachdem S. einen kurzen Überblick der Genesis dieser Methode gegeben, kommt er zu seinen eigenen Erfahrungen. Die medulläre Analgesie hat er in 22 Fällen angewandt, und zwar bei 3 Knochenoperationen (2 Caries hallucis et metatarsi; Amputation und Ausschabung. 1 Genua valga, beiderseitige Osteotomie nach Mac Ewen, nur am zweiten Beine etwas schmerzhaft). 5 Operationen am weiblichen Genitale (1 Ausschabung und Kauterisation großer spitzer Kondylome; 1 Vesico-Vaginalfistel; 1 Excision eines Carcinoms der Vulva; 1 Ausschabung und Kauterisation eines Uteruscarcinoms; 1 vaginale Exstirpation des Uterus wegen Carcinom). Alle diese Operationen vollkommen schmerzlos, nur bei letzterer reagirt Pat. ziemlich intensiv auf das Basculement des Uterus). 2 Operationen am After und Damm (1 Spaltung und Ausschabung einer inkompleten Analfistel; 1 Excision von Hämorrhoiden mit Naht. Vollkommene Analgesie). 12 Hernio- und Laparotomien (10 inguinale Hernien, und zwar 9 freie und 1 eingeklemmte; 1 Darmresektion und Naht wegen widernatürlichen Afters mit Radikaloperation der Hernie; 1 Exstirpation beiderseitiger Pyosalpingen. Alle Operationen vollkommen schmerzlos, nur bei der letzteren die Lösung der Verwachsungen ziemlich schmerzhaft, eben so die Luxation der Adnexe aus der Bauchhöhle).

Von Nachwirkungen beobachtete S. in allen Fällen Kopfschmerzen verschiedener Intensität, vom einfachen Druckgefühl bis zu den wüthendsten Schmerzen. Spätestens nach 48 Stunden war jedes Unwohlsein geschwunden. Nur in einem Falle gab es ernste Störungen, doch hier hatte Verf. die Cocaindosis erhöht und statt 15 Mgr. 2 Centigr. gegeben. Dieser Pat. war 2—3 Tage wie betrunken, nicht orientirt, doch erholte er sich vollkommen. In diesem Falle stieg die Temperatur einige Stunden nach der Operation auf 40°, kehrte aber bald zur Norm zurück. In einem zweiten Falle war das Maximum der Temperatur am Operationstage

39,1°. Geringere Temperatursteigerungen hat Verf. öfters beobachtet, erklärt sie jedoch als Reizung des Temperaturcentrums. Übelkeit und Erbrechen traten mehrmals auf.

In der Technik befolgt Verf. ganz die Vorschriften Tuffier's, nur bei der Sterilisation der Lösung, geht er anders vor. Er kocht unmittelbar vor der Operation destillirtes Wasser und löst darin das Cocain auf. Die gekochten Cocainlösungen gaben Betreffs der Analgesie gleiche Resultate, jedoch schien es dem Verf., dass öfters Kopfschmerzen auftraten.

Verf. meint, dass die medulläre Analgesie in allen Fällen, wo sie anwendbar ist, den Vorzug vor der Inhalationsanästhesie verdiene. Ausschließen will er Kinder, sehr furchtsame und hysterische Personen. Bei Bauchoperationen ist die Analgesie nicht vollkommen; daher konkurrirt hier auch die allgemeine Narkose je nach Individualität. Sonst, schließt Verf., hat die medulläre Analgesie zweifellos große Vortheile vor der Inhalationsnarkose, ob zwar auch die erstere nicht ideal sei. Sie habe einige unangenehme Nebenerscheinungen, doch erreichen dieselben bei mäßiger Dosirung niemals einen alarmirenden Charakter. Der Operateur erspart einen Assistenten und ist von den Sorgen für den Verlauf der Narkose befreit. **v. Cačković** (Agram).

22) **Dumont** (Bern). Zur Cocainisirung des Rückenmarkes.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 19.)

D. hält die Cocainisirung des Rückenmarkes, wie sie jetzt gelehrt wird, noch nicht für eine empfehlenswerthe Methode. Die drei Fälle, an denen er seine Erfahrungen gesammelt, sind indess nicht eindeutig. **P. Stolper** (Breslau).

23) **A. P. Garin.** Die Bromäthylnarkose bei Zahnextraktion.

(Wratsch 1900. No. 31.)

G. hat 1103 solche Narkosen durchgeführt, wobei er diejenigen nicht mitrechnet, die aus irgend einem Grunde unterbrochen werden mussten. Nur in einem Falle versagte das Mittel und musste zum Chloroform gegriffen werden. Meist genügten 15,0—17,0 und wurde immer Anästhesie erzielt. Besonders üble Nachfolgen sah G. nicht. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

24) **Chipault.** Quelques remarques sur l'ostéomyélite vertébrale á propos d'un fait nouveau.

(Travaux de neurologie chir. 1900. Hft. 2 u. 3.)

Der neue Fall C.'s betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches 4 Tage nach einer Erkältung mit 39,8° erkrankte. 2 Tage war man im Unklaren über die Diagnose, dann trat eine Schwellung um das linke Hüftgelenk und bald darauf eine Schwellung im Nacken auf. Am 9. Krankheitstage konstatirte man einen Retropharyngealabscess. Am 12. Tage starb das Kind. Die Eltern hatten jeden operativen Eingriff verweigert.

Im Übrigen bietet die Arbeit eine erschöpfende Zusammenstellung der neuesten Publikationen über diesen Gegenstand. **P. Stolper** (Breslau).

25) **Böttiger.** Rückenmarkstumor.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 41.)

Die 65jährige Pat. erkrankte vor 3 Jahren. Schmerzen und Schwächegefühl im rechten Knie.

Allmähliche hochgradige motorische Parese des rechten Beines. Tastempfindung intakt. Schmerzempfindung, Temperaturempfindung am ganzen linken Beine bis zum Darmbeinkamme erloschen. Diagnose: Geschwulst im Wirbelkanale in der Gegend der Lendenanschwellung.

Bei der Operation (Prof. Krause) fand sich in der Gegend des 7. Dorsalwirbelbogens ein haselnussgroßes Psammom, das stumpf entfernt werden konnte. Glatter Verlauf. Schon nach wenigen Tagen deutliche Besserung.

Borchard (Posen).

26) Gumpertz. Über einen ungewöhnlichen Fall von Poliomyelitis anterior acuta adultorum auf infektiöser Grundlage.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 16.)

Der Fall betraf einen 23jährigen, gesunden, kräftigen jungen Mann, welcher im Anschlusse an ein gastrisches Fieber plötzlich eine einseitige schlaffe Lähmung des oberen Theiles des Plexus brachialis (Mm. deltoides, biceps, brachialis internus, supinator longus), so wie Parese des Beines derselben Seite mit Verlust des Kniephänomens bekommen hatte. Die Lähmung hatte den Charakter einer degenerativatrophischen, besserte sich allmählich mit Ausnahme des M. deltoides. G. fasst die Ursache des Leidens zweifelsohne als eine Infektion, wahrscheinlich mit Typhusgift auf. Es bestand neben der Wirbelsäule ein sehr mächtiger Furunkel, welcher vermuthlich bacilläres Material auf embolischem oder metastatischem Wege zu den Zellen der entsprechenden Rückenmarkshälfte gelangen ließ und hier einen Locus minoris resistentiae geschaffen hat. **Gold** (Bielitz).

27) E. Pluyette (Marseille). Fracture simultanée des deux clavicules. — Rapport par Guinard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 601.)

Die Zahl der Fälle von gleichzeitigem Bruche beider Schlüsselbeine ist gering. P. vermehrt sie um eine, und der Berichterstatter Guinard gleichfalls um eine Beobachtung. P. fand in der Litteratur nur 21 Fälle; doch besprach Pozzi 1888 bereits deren 38, so dass mit den 2 neu hinzukommenden die Zahl der veröffentlichten Beobachtungen mindestens 40 beträgt.

In P.'s Falle war Pat. zwischen die Räder zweier einander entgegen fahrender Wagen gerathen. Die Bruchstücke beider Schlüsselbeine waren stark gegen einander verschoben, ritten auf einander. Über der rechtsseitigen Bruchstelle bestand Hautemphysem, das sich an dem folgenden Tage noch weiter ausdehnte; auch kam es zu mehrfachem Blutspeien und Temperatursteigerung. Desswegen verzichtete Verf. auf die sonst von ihm für richtig gehaltene sofortige Vereinigung der Fragmente durch blutige Knochennaht. Erst am 11. Tage nach dem Unfalle nähte er das linke Schlüsselbein, wobei er die Spitze des einen Bruchstückes reseciren musste, 38 Tage nach der Verletzung das rechte Schlüsselbein nach Resektion des inzwischen gebildeten, fehlerhaft geformten Callus. Heilung.

Guinard's Pat. hatte außer dem Bruche beider Schlüsselbeine einen komplicirten Vorderarmbruch, einen Bruch der linken 7. Rippe und zahlreiche schwere Weichtheilwunden erlitten. Auch er genas, wenn auch erst nach langem Krankenlager.

Die Verletzung wird nach der Zusammenstellung P.'s vorzugsweise bei Männern zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre gefunden. In 7 Fällen hatte eine quere Kompression des Brustkorbes die doppelseitige Fraktur erzeugt; in 5 anderen war der Bruch auf der einen Seite durch direkte Gewalteinwirkung, auf der anderen indirekt entstanden; 2mal waren beide Brüche Folge direkter Gewalteinwirkung; 4mal heißt es in den Berichten nur, dass die Verletzten einen Fall gethan hatten; 5mal fehlte jede Angabe über den Entstehungsmodus. Starke Dislokation der Bruchstücke ist die Regel. In 8 von den 23 Fällen wurde schwere Dyspnoë beobachtet, meist wohl Folge gleichzeitiger intrathorakaler Verletzungen; Hurel glaubt sie zum Theil aber auch darauf zurückführen zu dürfen, dass das Gewicht der beiden oberen Extremitäten nach der Verletzung auf dem Brustkorbe laste und die Inspirationsmuskeln ihres Stützpunktes entbehren. Die Ansicht P.'s, dass die regelmäßig starke Verschiebung der Bruchstücke und die Gefahr der Pseudarthrosenbildung meist die Knochennaht erfordere, theilt Guinard nicht; schon die meist erhebliche Störung des Allgemeinbefindens in Folge gleichzeitiger anderweitiger Verletzungen verbietet nach ihm sogar die frühe Knochennaht in der Regel. **Reichel** (Chemnitz).

28) **Morestin.** Difformité causée par une luxation et une fracture anciennes de la clavicule, guérie par la résection des deux tiers internes de cet os. — Rapport par Richelot.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 674.)

Weniger die geringe Funktionsstörung, als der durch die unschönen Knochenvorsprünge des verrenkten medianen Endes und des difformen Callus des zwischen mittlerem und äußerem Drittel gebrochenen rechten Schlüsselbeines bedingte Schönheitsfehler gaben M. den Anlass zu seiner interessanten Operation. Die Pat., eine junge Wittwe, wünschte sich wieder zu verheirathen. Da sie gern ausgeschnittene Kleidung trug, kam Alles darauf an, nicht nur die unschönen Knochenvorsprünge zu beseitigen, sondern auch keine irgend wie auffällige Operationsnarbe zu hinterlassen. M. entledigte sich nach mehrfachen Vorversuchen an der Leiche dieser Aufgabe dadurch, dass er einen 4—5 cm langen Schnitt, senkrecht zur Achse des Schlüsselbeines, auf die Vereinigungsstelle des äußeren mit den 3 inneren Vierteln desselben führte, den Knochen an der Grenze des äußeren und mittleren Drittels mit der Kettensäge durchtrennte, das mediane Stück mit einer Zange zur Wunde vorzog, subperiostal mit dem Elevatorium ausschälte und durch kräftige Rotation von seinen Befestigungen am inneren Gelenkende abriss und es so fast subkutan entfernte. Die Blutung war fast Null. Naht der Wunde ohne Drainage. Verband. Der Verlauf übertraf alle Erwartungen. Schon 29 Tage nach der Operation konnte Pat. den Arm, wenn auch noch nicht völlig normal, so doch so frei bewegen, dass man eine völlige Wiederherstellung der Funktion erwarten durfte. Die Narbe war kaum sichtbar und leicht durch die Kleidung zu verdecken. Beide Akromien standen in gleicher Höhe. Eine in der erhaltenen Periostscheide neu gebildete Knochenspange gab fast vollständig die Formen des normalen Schlüsselbeines wieder; noch bestand freilich zur Zeit der Publikation eine gewisse Beweglichkeit zwischen ihr und dem äußeren Drittel des Schlüsselbeines. — 2 Abbildungen, eine vor dem Eingriffe, eine nach der Heilung, veranschaulichen das ausgezeichnete kosmetische Resultat. **Reichel** (Chemnitz).

29) **A. G. Gerster** (New York). A contribution to the statistics of the excision of the shoulder-blade.

(Festschrift für Jacoby, Verlag: The Knickerbocker Press, New York, 1900.)

4 Fälle von Resektion der Scapula — 1) Cousin, Province méd. 1896 No. 39, 2) Berger, Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIII p. 571, 3) Schmidt, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L p. 394, und 4) ein eigener Fall — wegen Sarkoms des Schulterblattes mit Ausgang in Heilung. Eigener Fall: Resektion der an Sarkom erkrankten Scapula bei einem 8jährigen Knaben. Erhaltung der Fossa glenoidalis. Nach einem halben Jahre Abduktion und Vorwärtsbewegung etwa in einem Winkel von 15° möglich. Funktion des Vorderarmes normal.

F. Göppert (Kattowitz).

30) **W. W. Keen and W. G. Spiller.** A case of multiple neurofibromata of the ulnar nerve.

(Festschrift für Jacoby, Verlag: The Knickerbocker Press, New York, 1900.)

Multiple Neurofibrome im Verlaufe des N. ulnaris kurz vor seinem Durchtritte durch das Lig. carpi volare bis zur Ringfingerspitze. Der 47jährige Pat. litt seit Jahren (über 7 Jahre) an starken neuralgischen Schmerzen in der erkrankten Nervenpartie. Bei der Operation zeigten sich die Geschwülste in der Mitte des Nerven gelegen, aber leicht ausschälbar. Die Sensibilität ging nur für die Volarfläche des Ringfingers verloren. Sonst bestand die Hyperästhesie des 4. und 5. und des ulnaren Theiles des 3. Fingers volar und dorsal ziemlich unverändert fort. Die Neuralgie wurde durch die Operation geheilt. **F. Göppert** (Kattowitz).



31) **P. Berger.** Luxation (énucléation) de l'os semi-lunaire; examen radiographique; exstirpation de l'os déplacé.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 717.)

B. hatte 2mal Gelegenheit, eine Verrenkung des Os semilunare nach vorn zu beobachten und durch Entfernung des verrenkten Knochens zu heilen. In beiden Fällen fand er den gleichen charakteristischen Symptomenkomplex: Klauenstellung der Hand; Unmöglichkeit der vollständigen Streckung, namentlich aber der Beugung der Finger; Unmöglichkeit des Faustschlusses; fast völlige Aufhebung der Supinationsbewegungen; mit Schmerzen verbundenes Taubsein der beiden letzten Finger, beruhend auf einer Kompression des N. ulnaris, der durch einen abnormen Knochenvorsprung an der Vorderseite des Handgelenkes von der Unterlage abgehoben und gezerrt wurde. — In seinem 1. Falle stellte B. die Diagnose erst bei der Operation, im 2. sogleich auf Grund des dem 1. gleichen klinischen Bildes, und fand sie durch das Skiagramm bestätigt. — Im 2. Falle bestand gleichzeitig ein zur Zeit der Beobachtung des Pat. durch B. freilich schon in guter Stellung konsolidirter typischer Radiusbruch. B. vermuthet, dass die Verrenkung des Os semilunare wohl durch Herausreißen des Knochens durch das Lig. anterius bei forcirter Streckung der Hand entstanden sei. **Reichel** (Chemnitz).

32) **Dante Biso.** Di un singolare caso di lussazione ischio-iliaca antica.

(Arch. di ortop. 1900. No. 3—4.)

Ein 47jähriger Mann hat vor 15 Jahren angeblich links eine Hüftverrenkung erlitten, die eingerichtet wurde. Jetzt hat er Schmerzen in der linken Hüfte und hinkt seit 1/4 Jahr. Typischer Befund einer Luxatio ischiadica. Leichte Einrichtung durch Paci nach seiner Methode.

Nach 4 Wochen stirbt Pat. an Apoplexie. Die Sektion ergiebt folgenden Befund: Im Kapselraume etwas blutige Flüssigkeit und Gerinnsel. Muskulatur unverletzt. Lig. teres zerrissen. Der knorpelige Überzug des Kopfes stellenweise erodirt und ulcerirt. Als Spuren der Verrenkung zeigen sich entsprechende Stellen des Kopfes und hinter dem hinteren Pfannenrande in Gestalt von Abflachungen.

Verf. glaubt, dass die frühere Verletzung mit der jetzigen Erkrankung nichts zu thun hat. Bezüglich der Ätiologie der Spontanluxation denkt er an chronische Veränderungen unbekannter Art. Paci hat auch in einem anderen, mit Resektion behandelten Falle eine ähnliche Veränderung des Kopf- und Pfannenknorpels gesehen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

33) **Bajardi.** Riduzione cruenta di lussazione ileo-pettinea del femore sinistro.

(Arch. di ortopedia 1900. No. 3—4.)

Verf. sammelt aus der Litteratur 24 Fälle von traumatischer Hüftverrenkung, in welchen die blutige Reposition ausgeführt werden konnte, und 13, in welchen sie sich als unmöglich erwies, daher zur Resektion geschritten werden musste. Er glaubt, dass zu diesen relativ zahlreichen Misserfolgen die bisher immer gewählten Längsschnitte beitragen, welche nicht genügend Eingang und Einblick gewähren. Als Hindernisse fand man Verkürzung und schwartige Veränderung der Muskulatur, Verwachsungen bezw. Verödung der Kapsel, Osteophytenbildung, Knochenabsprengung, Schenkelhalsbrüche, zum Theil mit Ausheilung in falscher Stellung.

In seinem Falle, 5jähriges Kind mit veralteter unbehandelter Luxatio pectinea, machte B. den bogenförmigen Durchschnitt mit Durchtrennung und Nach-oben-Schieben des Trochanter major. Die gerissene und gespannte Vorderkapsel und das Lig. ileo fem. mussten incidirt, ein abgesprengtes und bewegliches Stück des oberen Pfannenrandes musste bei Seite geschoben werden; dann gelang die Reposition.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

34) **Potherat.** Anévrisme artério-veineux fémoral, d'origine traumatique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 751, 804, 841.)

Der zur Zeit der Operation 15jährige Pat. hatte im Alter von 8 Jahren einen Schrotschuss in die rechte Leisten- und Unterbauchgegend erhalten, war damals 6 Monate im Krankenhause behandelt worden. Seitdem bemerkten die Eltern im Niveau des rechten Scarpa'schen Dreiecks ein auffälliges Pulsiren. Ein seit 2 Monaten entstandenes Geschwür der rechten Wade führte den Pat. in Behandlung von P. Das oberflächliche Venennetz des ganzen rechten Beines war sehr stark erweitert, das Glied stark verdickt; der Umfang der rechten Wade maß 30 cm gegenüber dem der linken von 24 cm. An der Innenseite der rechten Wade bestand ein leicht blutendes, 3½ cm langes, 2 cm breites Geschwür. Im rechten Scarpa'schen Dreieck fühlte man ein deutliches Schwirren, das sich aufwärts bis zur A. iliaca ext., abwärts bis zur Mitte des Oberschenkels erstreckte und bei Kompression der A. femoralis gegen den horizontalen Schambeinast verschwand.

Die auf Aneurysma arterio-venosum gestellte Diagnose wurde durch die Operation bestätigt. P. exstirpirte das Aneurysma nach Unterbindung der 4 zu- und abführenden Gefäßstämme. Die Geschwulst saß genau in der Spitze des Scarpaschen Dreiecks, und zwar zeigte die Arterie im Niveau ihrer Kommunikation mit der Vene eine sackartige Erweiterung, deren Wand äußerst verdünnt war; die Kommunikationsöffnung war rund, für einen gewöhnlichen Federhalter durchgängig. Pat. genas. Das Bein gewann sein normales Volumen wieder; die Venen waren nur noch wenig sichtbar. **Reichel** (Chemnitz).

35) **Chaput.** Fracture longitudinale de l'extrémité inférieure du tibia et fracture du péroné au-dessus de la malléole externe.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 776.)

Die 46jährige Pat. war von einem hohen Gerüste auf das ausgestreckte, vertikal stehende rechte Bein gefallen, konnte sofort nicht mehr gehen. Schwellung und Verfärbung erstreckten sich über die untere Hälfte des Unterschenkels; Deformität und Verkürzung fehlten. 4—5 cm über der Spitze des äußeren Knöchels bestand ein Druckschmerzpunkt. Der Fuß ließ sich als Ganzes etwas seitlich hin und her bewegen, als sei die Gelenkgabel zu weit oder das Sprungbein zu klein. Die Radiographie ergab einen Schrägbruch über dem äußeren Knöchel, ferner eine fast vertikale Bruchlinie, die, 6 cm oberhalb des Gelenkes beginnend, vom hinteren Rande der Schienbeindiaphyse abwärts zog und genau in der Mitte zwischen vorderem und hinterem Rande der Gelenkfläche endete, so eine Art Apophyse der Tibia absprengend. **Reichel** (Chemnitz).

36) **Brunner.** Über den Stück-Längsbruch der Knochendiaphyse.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 5.)

Der Stück- so wie der Längsbruch der Röhrenknochen sind selten vorkommende Formen von Frakturen, und besonders reine Längsbrüche (d. h. Spaltung des Röhrenknochens in seiner ganzen Länge) sind außerordentliche Seltenheiten.

B. publicirt einen Fall, in dem ein Stück- mit einem Längsbruche kombinirt ist. Die Verletzung kam so zu Stande, dass Pat. von einem Wagen mit beweglichem Sitze heruntergeschleudert wurde und in hohem Schwunge über den Straßengraben auf eine Wiese fiel. Das am Tage nach der Verletzung angefertigte Röntgenbild zeigte, dass aus dem linken Oberschenkelschafte ein ca. 20 cm langes Stück herausgebrochen war; die obere Trennungslinie lag einige Centimeter unter dem Trochanter minor, die untere, etwas schräg verlaufende, 18 cm über dem Kniegelenke. Das durch diese Doppelfraktur herausgesprengte Schaftstück ist nun selbst in seiner ganzen Länge gespalten. Für diese Art des Bruches führt B. den neuen Namen: »Stück-Längsfraktur« ein und möchte dieselbe als besondere Form in die Klasse der Längsbrüche aufgenommen wissen.

Die Entstehungsweise suchte er experimentell zu erforschen, und es gelang ihm wirklich, die Bruchform an frischen Leichen zu erzeugen. Er unterstützte das obere und mittlere Drittel der Oberschenkel durch einen ebenen Holzpflock und ließ von oben eine Gewalt einwirken (Wagenrad). Das Resultat war: mehrfache Längsspaltung eines herausgeschlagenen Stückes der Diaphyse. Das herausgeschlagene Stück entsprach dabei in seiner Länge ungefähr der Breite der einwirkenden Gewalt. Auf den vorliegenden Fall übertragen, glaubt B. die Gewalt der fallenden Last durch den mächtigen Schwung ersetzen zu können, mit welchem der Körper auf die harte Unterlage mit einem angenommenen Vorsprunge geworfen wurde. Dadurch sollte nach seiner Meinung die Heraussprengung des Oberschenkelstückes bedingt sein; die Entstehung des Längsbruches glaubt er durch »Druck und Gegendruck« erklären zu können. (? Ref.)

Egli (Prof. der Naturwissenschaften in Zürich), dem er diesen Entstehungsmodus der Fraktur mittheilte, ist nicht seiner Ansicht, sondern möchte nach Analogie mit Glasröhren und Holzstäben eine Torsion als Ursache des Längsbruches ansehen. Egli beobachtete beim Eindrehen von Glasröhren in zu eng gebohrte Korke die Entstehung von langen Längsspalten, Schräg- und Spiralbrüchen an den Glasröhren.

Denkbar ist es, dass im vorliegenden Falle ein Biegungs- und Torsionsbruch vorliegt. **H. Wagner** (Breslau).

37) Roloff. Über den Spaltfuß.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 5.)

Anschließend an einen Fall, der in dem Krankenhause Bergmannstrost (bei Halle a/S.) zur Beobachtung und Operation kam, wendet sich R. dagegen, dass die mechanische Theorie der Entstehung der angeborenen Missbildungen durch Amnionstränge und -Falten für alle Arten der angeborenen Deformitäten anwendbar sei.

In seinem Falle bestehen beiderseits scheinbar nur 3 Zehen, eine große und die mit einander in ganzer Länge verschmolzene 4. und 5. Zehe. Dazwischen klafft ein tiefer, bis in den Mittelfuß reichender Spalt. Rechts sind alle Metatarsalknochen vorhanden, und an der 1., 4., 5. Zehe auch alle Phalangen, welche an der 2. und 3. vollständig fehlen. Der 2. und 3. Metatarsalknochen sind zarter ausgebildet, als die anderen, der 2. legt sich an den 1., der 3. an den 4. an. Am 4. fehlt die distale Epiphyse. Links verhalten sich die Metatarsalknochen und Phalangen der 3. bis 5. Zehe wie rechts; an Stelle der 1. und 2. Zehe ist nur eine einzige mit 2 Phalangen und auch nur ein einziger Metatarsalknochen vorhanden, der stark nach innen zu umgebogen ist, eine in der Hauptrichtung quere Stellung einnimmt und so die Ursache für die starke Abduktion der großen Zehe bildet. Das ohne Gelenkverbindung mit einem Os metatarsi gebliebene Cuneiforme I zeigt dem entsprechend an seinem distalen Ende keine abgeflachte Gelenkfläche, wie rechts, sondern eine konvexe Rundung.

Für diesen Fall glaubt nun R. die mechanische Theorie nicht anwenden zu können, sondern meint, dass »endogene« Ursachen — Defekt in der Anlage und im Entwicklungstriebe des Fußes — für die Entstehung der Missbildung heranzuziehen seien.

Seine Gründe und Ausführungen sind nicht einwandsfrei und dürften nicht unwidersprochen bleiben. **H. Wagner** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 29. December.** **1900.**

Über die Einpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zur Heilung schwerer Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Von
Privatdocent Dr. **H. Alapy,**
chirurgischer Oberarzt am Adèle Brody-Kinderhospital in Budapest.

Drei Wege bieten sich zur erfolgreichen Behandlung der Narbenstrikturen des Kehlkopfes und der Luftröhre, insbesondere jener schweren Stenosen, die im Gefolge der Diphtherie entstanden und

theils auf den ulcerösen Process, theils auf den Decubitus durch den Druck des Tubus zurückzuführen sind (Intubations-Stenosen):

1) Die Erweiterung mittels Intubation, mit oder ohne vorhergehende Spaltung der Stenose. Beide Variationen haben sich in einigen Fällen bewährt (O'Dwyer, v. Bókay u. A.).

2) Die Excision der ganzen verengerten (obliterirten) Partie des Rohres mit nachfolgender Vernähung der Schnittenden. Auch diese wohl mühsame, jedoch im Falle des Gelingens rasch zum Ziele führende Operation hat sich sowohl experimentell (Gluck und Zeller, Colley), als auch klinisch bewährt (Küster, v. Eiselsberg).

3) Die Plastik mittels eines Haut-Periost-Knochenlappens (Schimmelbusch, Lardy, König), eines Haut-Knorpellappens aus dem Schildknorpel (F. König), eines Rippenknorpels (v. Mangoldt).

Gersuny hat im Jahre 1895 mit einer 4. Methode den Versuch gemacht, eine Intubations-Striktur mittels Einpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zu heilen. Der Versuch ist in so fern als misslungen zu betrachten, als das Kind nachher durch den Mund wohl ausathmen, aber nicht einathmen konnte, folglich die Trachealkanüle weiter tragen musste[1]. Dieses Resultat hat seither zu weiteren Versuchen in dieser Richtung nicht angeregt.

Auf Grund eines von mir mit vollkommenem Erfolge operirten Falles möchte ich die Existenzberechtigung dieser Methode betonen; nämlich der Heilung schwerer Narbenstenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre mittels Laryngo-Tracheofission, Excision des gesammten das Lumen ausfüllenden Narbengewebes und Überpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch zur Deckung des entstandenen Schleimhautdefektes.

Der 4jährige J. H. wurde am 27. September 1897 mit Diphtherie in das Adèle Brody-Kinderspital aufgenommen. Gegen die vorhandene Stenose wurde die intermittirende Intubation in Anwendung gebracht. Die Pausen jedoch, während welcher der Knabe ohne den Apparat athmen konnte, wurden immer kürzer, bis es am 8. Tage überhaupt nicht mehr möglich war, das Kind zu extubiren, da dasselbe sofort nach Entfernung des Tubus Erstickungsanfälle bekam.

5. Oktober. Tiefe Tracheotomie. Im weiteren Verlaufe wurde wegen einer am 10. Oktober aufgetretenen rechtsseitigen Lungenentzündung 35 Tage lang kein Versuch zur Intubation gemacht. Nach Ablauf dieser Zeit war die Verengerung so weit vorgeschritten, dass auch der dünnste Tubus nicht über die Mitte des Kehlkopfes hinaus geführt werden konnte. Auch die Sondirung gelang weder von oben noch von unten her. Bei zugehaltener Fistel passirte absolut keine Luft in den Mund oder in die Nase. Selbstverständlich konnte das Kind auch nicht sprechen. Überführung des Knaben auf die chirurgische Abtheilung.

27. December Laryngofission in Chloroformnarkose bei hängendem Kopfe. Aufklappen des Kehlkopfes nach Spaltung des Ringknorpels, der unteren Hälfte des Schildknorpels und des ersten Trachealringes. Durchtrennung des dichten Narbengewebes. Durchführung eines Seidenfadens, dessen zwei Enden, das untere zur Trachealfistel, das obere zur Nase hinaus geführt, außen verknüpft wurden. Mit Hilfe des Fadens wurden nun alle 2—3 Tage Dilatationen vorgenommen

[1] Galatti, Über Narbenstrikturen nach Intubation. Leipzig 1896.

mittels elastischer Bougies von steigender Stärke. Trotzdem die Erweiterung mehrere Monate lang fortgesetzt wurde und Instrumente No. 21 Charrière die Striktur mit Leichtigkeit passirten, konnte dennoch das Kind immer nur einige Minuten nach der Sitzung auf natürlichem Wege ausathmen und überhaupt nicht einathmen.

14. Juli 1898. Laryngo-Tracheofission. Chloroformnarkose, hängender Kopf. Da die Einsicht nicht genügend frei war, wurde, nach Unterbindung des Isthmus, auch der ganze zwischen der Fistel und dem Kehlkopfe liegende Theil der Luftröhre gespalten. Die im Niveau des Ringknorpels den Kehlkopf quer abschließende dichte Narbe in der Höhe von 1 cm wurde exstirpirt, so dass eine cirkuläre Wunde entstand, auf derem Grunde der Ringknorpel und der erste Trachealring freilagen.

Dieser Defekt wurde mit einem Hautlappen nach Thiersch, der inneren Seite des Oberschenkels entnommen, auf die Weise gedeckt, dass der Hautlappen, mit der Wundfläche nach außen gekehrt, [über ein cylindrisch gerolltes Stück Gaze gelegt und dieser Cylinder mittels zweier, den Kehlkopf und die Luftröhre provisorisch verschließender Nähte an Ort und Stelle befestigt wurde.

Fieberfreier, glatter Verlauf. Am 8. Tage wurde in Halbnarkose der Kehlkopf nochmals aufgeklappt und der Gasetampon entfernt. Der Hautlappen war in der ganzen Ausdehnung des Defektes schön angeheilt. Nach Einlegung einer Schornsteinkanüle definitiver Verschluss der Wunde mittels Sekundärnaht.

Am 10. Tage nach der Operation konnte das Kind zum 1. Male bei verstopfter Trachealfistel ohne Kanüle eine Stunde lang athmen. Nun wurde die Intubation wieder aufgenommen. Sowohl diese, als auch die Athmung waren eine Zeitlang erschwert in Folge einer entzündlichen Schwellung, welche an beiden falschen Stimmbändern, insbesondere am rechtsseitigen aufgetreten war. Diese Schwellung nahm nach und nach ab. Als Verf. am 11. Februar 1899 in einer Diskussion im Königl. Ärzteverein zu Budapest über den Fall referirte, war die Heilung bereits so weit vorgeschritten, dass der Knabe täglich bloß eine Stunde lang intubirt wurde, sonst den ganzen Tag über, bei mit Pflaster zugeklebter Trachealfistel, per vias naturales unbehindert athmen konnte.

Nachdem endlich in den ersten Tagen des Monates Mai auch die Trachealfistel vernarbt war, konnte der Fall am 27. Mai 1899 im Ärzteverein als vollkommen geheilt vorgestellt werden.

Laryngoskopischer Befund (Dr. Neubauer): Schleimhaut blass rosafarbig. Die Kannenknorpelgelenke beiderseits frei. Das rechte falsche Stimmband etwas geschwellt. Wahre Stimmbänder sind nicht zu sehen. Unterhalb der Schwellung ist das Lumen des Kehlkopfes frei, die Schleimhaut unmittelbar unter der Schwellung noch blass-rosenroth, weiter unten von glänzender grauweißer Farbe.

Zur Zeit der Entlassung aus dem Krankenhause war der Knabe noch beinahe aphonisch; als er sich aber im Sommer 1900 wieder vorstellte, hatte er bereits eine wohl etwas rauhe, jedoch kräftige, auch auf größere Entfernung gut hörbare Stimme. Es zeigte sich bei der jetzt wiederholten laryngoskopischen Untersuchung, bei sonst unverändertem Befunde, dass die Stimme durch die Vibration der falschen Stimmbänder gebildet wurde.

Es ist dies meines Wissens der 1. Fall, in welchem die Heilung einer impermeablen Kehlkopfstenose durch Excision der Narbe und Einpflanzung eines Hautlappens nach Thiersch vollständig gelungen ist. Seit der Veröffentlichung desselben[2] sind noch 2 Fälle mit Hautüberpflanzung in den Kehlkopf operirt worden. Der eine (Lénárt) gehört eigentlich nicht hierher, da die Transplantation nicht die Heilung, sondern die Verhütung einer Verengerung bezweckte, welche nach einer Papillomexstirpation hätte entstehen

[2] In den Sitzungsberichten des Königl. Vereins der Ärzte in Budapest.

können. Beim zweiten (Herczel) ist die Indikation wie auch die Operation ähnlich, wie in meinem Falle; der Erfolg ist vorläufig noch kein vollkommener, indem das Kind wohl seit Monaten ohne Tubus athmen kann, bei stärkeren Affekten aber Erstickungsanfälle bekommt.

Auf eine Operationsreihe kann ich mich demnach nicht berufen; jedoch genügt schon ein einziger gelungener Fall, um die Zweckmäßigkeit des beschriebenen Verfahrens in geeigneten Fällen darzuthun. Freilich ist hierzu nicht jede Stenose geeignet. War der destruktive Process so tiefgreifend, dass auch das knorpelige Gerüst zu Grunde gegangen ist (einen derartigen Fall habe ich auch erlebt), dann ist mit der Einpflanzung eines Hautlappens nichts erreicht. Im besten Falle ist es gelungen, einen weichwandigen Schlauch herzustellen, dessen Lumen wohl genügend weit sein kann, dessen Wände aber beim geringsten negativen Drucke der Inspiration zusammenklappen.

Bei einem derartigen Falle hat man nur die Wahl zwischen der Resektion und irgend einer Methode der Überpflanzung eines starrwandigen Lappens. Trotzdem auch mit Hilfe dieser letzteren Methoden schwere Stenosen zur Heilung gebracht worden sind (Schimmelbusch, v. Mangoldt), würde mir doch scheinen, als ob diese Methoden weniger hierfür, als vielmehr zur Deckung großer Defekte der vorderen Wand des Kehlkopfes und der Luftröhre geeignet wären. Für diesen Zweck leisten sie allerdings Ausgezeichnetes. Für die Obliteration mit Knorpelschwund scheint wohl die Resektion das idealere Verfahren zu sein.

Für jene Fälle von schweren Stenosen hingegen, in denen das Knorpelgerüst des Kehlkopfes resp. der Luftröhre an der verengten Stelle noch vollkommen oder doch zum größten Theil erhalten ist, glaube ich in der von Gersuny ersonnenen und von mir zuerst mit Erfolg ausgeführten Operation die relativ einfachste und zweckentsprechendste Methode zu sehen.

---

1) **Kempf.** Zur traumatischen Ätiologie maligner Tumoren.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1900.

K. hat das Material der Göttinger chirurgischen Klinik vom Jahre 1880—1899 inkl., im Ganzen 1767 Fälle von bösartigen Geschwülsten, daraufhin untersucht, ob und in wie weit ein Trauma als ätiologisches Moment bei der Entstehung dieser Geschwülste in Betracht kommt. Die Ergebnisse seiner Arbeit sind desshalb nicht ohne Interesse, weil erstens heut zu Tage durch die Unfallversicherungsgesetze die Frage des traumatischen Ursprunges häufig genug dem Arzte zur Begutachtung vorgelegt wird, und weil zweitens die von K. gefundenen Zahlen zum Theil recht wesentlich gegen andere Statistiken abstechen.

Unter den 1767 Krankengeschichten wird nur 45mal (2,5%) die Möglichkeit einer traumatischen Entstehungsursache erwogen; indessen

musste in 21 Fällen die Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhanges als gering bezeichnet werden, während in 24 Fällen die Möglichkeit nicht geleugnet werden konnte, dass hier dem Trauma eine kausale Bedeutung zukam. Dass eine solche kritische Sichtung der Fälle unbedingt erforderlich ist, um Trugschlüssen zu entgehen, liegt auf der Hand; aber selbst wenn K. die sämmtlichen 45 Fälle in den Kreis seiner Berechnung zog, so ergab sich trotzdem noch ein bemerkenswerther Unterschied zwischen den Göttinger Fällen und den in den Statistiken der letzten Jahre zusammengestellten Beobachtungen.

Zum Vergleiche mögen die folgenden Zahlen hier wiedergegeben werden:

Auf ein Trauma wurden bezogen von

Wolff	unter 462	Fällen:	68 =	14,7%,
Liebe	» 271	»	28 =	13,3%,
Rapok	» 553	»	109 =	19,7%,
Lengnick	» 579	»	24 =	4,1%,
Verf.	» 1767	»	45 =	2,5%.

Sultan (Göttingen).

---

2) **Carini.** Contributo istologico e sperimentale alla etiologia dei tumori.

(Policlinico 1900. No. 8.)

C. untersuchte frisch exstirpirte Geschwülste vom Lebenden, welche unter aseptischen Kautelen aufgehoben worden waren, speciell im Hinblicke auf die Anwesenheit und Bedeutung der Blastomyceten Sanfelice's. Seine Schlussfolgerungen fallen durchaus negativ aus und lassen sich dahin präcisiren:

1) Es ist ihm nicht gelungen, Blastomyceten zu isoliren, selbst dann nicht, wenn dieselben bei histologischer Untersuchung gefunden wurden.

2) Durch Impfung mit Reinkulturen von Blastomyceten ist es ihm nicht gelungen, wahre Neubildungen zu erzeugen.

3) Die blastomycetische Natur der Körperchen von Sanfelice ist zweifelhaft (Fuxinkörperchen Russell's!).

4) Diese Körperchen bilden keinen konstanten Befund bei Geschwülsten, werden aber häufig bei anderen pathologischen Processen — Tuberkulose — und auch in gesunden Organen gefunden.

5) Die in Geschwülsten als Parasiten beschriebenen Körperchen — Coccidien, Sporozoen — geben gewöhnlich nicht die für Blastomyceten specifische Färbung.

Sultan (Göttingen).

---

3) **S. Stiassny.** Über Pfählungsverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

Als Pfählungsverletzung definirt Verf. gequetschte, komplicirte Stichwunden, »charakteristisch durch den Mechanismus und die Richtung der Verletzung, indem sich der menschliche Körper dem

pfahlartigen, verletzenden Gegenstande durch Fall nähert und denselben gegen eine Körperhöhle vordringen lässt«. Unter den typischen Pfählungen werden folgende Gruppen unterschieden:

1) Verletzung der oberflächlichen Decken, des Mastdarmes und der Scheide.

2) Extraperitoneale Wunden des Urogenitalapparates.

3) Eröffnung des Bauchfelles ohne Organverletzung.

4) Intraperitoneale Verletzungen der Bauchorgane.

5) Totale Aufspießung.

All diese Gruppen werden an Hand von insgesammt 127 theils eigenen, theils der Litteratur entnommenen Beispielen eingehend erörtert. Wie die Schlusstabelle zeigt, sind von den 127 Verletzten 33 gestorben, von denen nur 3 auf die 1. Gruppe, 0 auf die 2., 5 auf die 3. und 25 auf die 4. und 5. Gruppe entfallen.

Honsell (Tübingen).

4) **Puricelli.** La pressione sanguigna in rapporto agli accidenti della narcosi cloroformica.

(Gazz. med. di Torino 1900. No. 34—36.)

Sphygmomanometrische Untersuchungen bei Chloroformirten. Konstant fand sich ein Steigen des Blutdruckes und der Pulszahl während der Präparation zur Operation und des ersten Stadiums der Narkose. Dann folgt mit dem Beginne der Toleranz ein kontinuirliches Sinken beider. Nach dem Aussetzen des Chloroforms und dem Aufwachen kann dieser niedrige Druck auch eine Zeit lang anhalten, um allmählich zur Norm zurückzukehren, oder dies geschieht rasch. Menge des Chloroforms, Alter, Geschlecht etc. haben keinen Einfluss darauf. Aus dem Verhalten des Druckes vor der Operation lässt sich kein Schluss machen, wie das Chloroform vertragen werden wird.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

5) **Greife.** Renthiersehnen als Nahtmaterial.

Dissertation, Moskau. (Russisch.)

Fasern aus der Genicksehne des Renthieres wurden von Prof. Snegirew verwendet. Schon vor ihm experimentirten damit Marcy, Putilow, Lewitzki, Krüdener, doch nahmen sie gedrehte Fasern, die ungünstige Resultate ergaben. G. bediente sich daher einfach der Fasern selbst, die auf folgende Art sterilisirt wurden: 2 Tage in Äther, 30 Tage in Juniperusöl, 2 Tage in Äther, 3 Tage in Alkohol, 2 Tage in Sublimat-und Kochsalzlösung (je 1 : 200) und schließlich Aufbewahrung in Alkohol. Beim Thiere wurden die Fäden nach 2—3 Monaten resorbirt. Klinisch versucht wurde die Naht bei 150 Laparotomien, 6 Haut- und 24 Schleimhautwunden (Uterus, Vagina). Resultat im Ganzen gut; nur für die Haut ist Seide vorzuziehen. Die Fäden sind bei Schwabe in Moskau zu haben und kosten 1 Rubel 25 Kopeken (etwa 2,70 ℳ) für das Hundert, die stärkeren sind etwas theurer.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **Holländer.** Zur Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener Gefäßneubildungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 17.)

H. empfiehlt die heiße Luftkauterisation als die Normalmethode für die nicht exstirpirbaren Gefäßveränderungen — sei es bezüglich Angiokavernomen an kosmetisch wichtigen Punkten, oder bezüglich gemischter Venengeschwülste oder ausgedehnter Teleangiektasien.

Gegenüber früher angewendeten Methoden weist H.'s Verfahren Vortheile auf, welche er in folgenden Punkten zusammenfasst:

1) Statt der häufig nothwendigen qualvollen tiefen Thermopunktionen führt einzeitige Operation meist zum Ziele.

2) Die Operation verläuft nicht nur ohne jede Blutung, sondern die Natur des Eingriffes führt zu einer absoluten Blutleere.

3) Die Narbenbildung ist eine vorzügliche, bei geringer Ausdehnung kaum bemerkbare.

4) Die Methode ist an allen Körperstellen, auch in den Höhlen ausführbar.

Kontraindicirt ist das Verfahren bei ausschließlich subkutanem Sitze, wenn eine totale kapilläre Substitution bis auf die Mucosa Platz gegriffen hat und wenn die Exstirpation schneller zum Ziele führt.

Gold (Bielitz).

---

7) **V. v. Hacker.** Die Verwendung gestielter, mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrter Gesichtslappen zur partiellen Rhinoplastik.

(Beiträge zur klin. Cirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelte es sich um Defekt der Nasenspitze und Ektropie der Nasenflügel nach Verbrennung. Die Rhinoplastik wurde mittels gestielter, mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrter Wangenlappen, wie sie v. H. schon vor einigen Jahren zur Unterfütterung Langenbeck'scher Lappen empfohlen hatte, jedoch in einer von dem früheren Verfahren abweichenden Art vorgenommen. — Zunächst wurden die aufwärts gezogenen Nasenflügel vom Nasenrücken und der Nasenseite abgetrennt, dann folgte Anfrischung des vordersten Septumtheiles und Verlagerung der Nasenflügel nach abwärts. Den hierdurch an den Nasenseiten entstandenen Defekt füllte H. je durch einen umgeschlagenen Wangenlappen (Hautseite nach innen) aus. Eine Deckung der Wundfläche dieser Lappen mit Thiersch'schen Transplantationen unterblieb, weil eine narbige Einziehung derselben erwünscht schien. Zum Ersatze der Nasenspitze und Erhöhung des Nasenprofils wurde ferner ein medianer Lappen aus der ganzen Dicke der Oberlippe gebildet und nach Abtragung seiner Epidermisschicht so wie Excision des narbig veränderten Septum membranaceum nach oben an der Nasenspitze so wie am Septum cartilag. der Art befestigt, dass die Schleimhautseite nach außen sah. Das Resultat war durchaus befriedigend.

Die bei diesem, wie früheren Fällen gewonnenen Erfahrungen fasst H. dahin zusammen, dass die verschiedensten penetrirenden Defekte im knorpeligen Antheile der Nase durch mit der Hautfläche nach innen gekehrte Gesichtslappen ersetzt werden können; und zwar formt man, wo der Defekt bis an die Wange reicht und schon älter ist, die fehlende Partie durch direktes Umschlagen des Wangenlappens an der Verbindungsstelle von Schleimhaut und äußerer Haut. Wo der Defekt nicht so weit reicht, oder die Ernährung des Lappens unsicher ist, wird die Basis des Lappens etwas weiter nach außen auf die Wange gelegt und später durchtrennt. Eine Aufpflanzung von Transplantationen ist hierbei nur nöthig, wo eine Schrumpfung der Lappen vermieden werden soll. **Honsell** (Tübingen).

---

8) **T. P. Poljakow.** Die latente Tuberkulose der Rachenmandel bei Kindern.

Dissertation, St. Petersburg. (Russisch.)

P. untersuchte 50 Leichen im Petersburger Findlingshause. 30 Kinder waren unter 3 Monaten, 15 Kinder 3—6 Monate alt, 3 Kinder von 6—9 und 2 Kinder von 9—12 Monaten. Hyperplasie der Rachenmandel fand sich in 35% der Fälle; sie unterschied sich aber von den adenoiden Wucherungen: es waren keine unregelmäßigen Lappen und stalaktitenförmige Fortsätze vorhanden, sondern die Drüse behielt immer ihre normale Form mit Längsfurchen. Die Tuberkulose spielt in der Ätiologie der Hyperplasie eine sehr untergeordnete Rolle: nur 4mal war sie die Ursache der Vergrößerung. Außer lokalem Einflusse hängt die Hyperplasie meist vom allgemeinen Zustande ab; sie war am größten bei Rachitis und Erschöpfung. In tuberkulösen Leichen fanden sich tuberkulöse Veränderungen der Mandel in einem Drittel der Fälle. In einem Falle war die Mandeltuberkulose primär, da kein anderes Organ tuberkulöse Affektionen aufwies. Makroskopisch konnte die Mandeltuberkulose in keinem Falle entdeckt werden, sie muss also als eine latente angesehen werden. Im Gegensatze zu den Angaben in der Litteratur fand P. in allen tuberkulösen Mandeln massenhafte Tuberkulosebacillen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

9. **Zollikofer.** Über den klinischen Verlauf der Diphtherie bei Serumbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Albuminurie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 18.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen an 338 Diphtheriekranken der Berner medicinischen Klinik aus den Jahren 1897—1900. Er stellt zunächst fest, dass das Symptom der Albuminurie einen Anhaltspunkt giebt zur Beurtheilung der Schwere eines Falles. Gangränöse

Veränderung der Beläge, Ohreiterung, Sepsis, Lähmungen und auch die Herzinsufficienzen fanden sich stets in Gesellschaft mit Nierenschädigungen und ausnahmslos bei solchen Pat., welche 2 oder mehr Tage ohne Serum krank gelegen hatten.

Z. unterscheidet zwei Verlaufsarten der Diphtherie, eine akutere, bei welcher die Infektion alle ihre Schädigungen setzt, noch ehe die aktive Immunisirung wirksam ist, und eine chronischere, bei welcher die letztere Zeit hat, eine wirksame Höhe zu erreichen. Die Serumwirkung ist als eine für den Organismus passive Immunisirung aufzufassen.

In der Vorserumzeit erreichten Albuminurie, Beläge und Stenose, nach der Dauer der einzelnen Erscheinungen bemessen, in den ersten 4 Krankheitstagen eine viel größere Schwere, als dies bei gleich weit vorgeschrittenen Fällen unter Serumtherapie der Fall ist, während in den späteren Stadien der Unterschied sich ausgleicht, offenbar desshalb, weil sich vom 5. Tage ab die aktive Immunisirung manifestirt.

Z. empfiehlt neben der Serumbehandlung warm die lokal-therapeutischen Maßnahmen. Durch die lokale Zerstörung der Bakterien und Toxine (er verwendete Eisenchlorid als Antisepticum) erspare man dem Körper Kräfte, die er sonst zur Immunisirung aufwenden müsste. Auch bekämpfe man so die Mischinfektion.

P. Stolper (Breslau).

---

10) **Hagenbach-Burckhardt** (Basel). Über Decubitus und Stenosen nach Intubation.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 17 u. 18.)

Die Beobachtung einer Anzahl schwerer Strikturen in Folge von Intubation giebt dem Verf. Veranlassung, sich über einige Nachtheile der Intubation zu verbreiten. Auch seine Erfahrung geht dahin, dass seit der Anwendung des Serums operative Eingriffe wegen diphtherischer Stenose seltener nothwendig sind. Das Hinunterstoßen von Membranen bei der Intubation könne gelegentlich einen jähen Tod zur Folge haben, der manchmal auch durch sofortige Tracheotomie nicht mehr zu vermeiden sei. Noch mehr zu befürchten aber seien Verletzungen der Schleimhäute wegen des daraus resultirenden Decubitus und der Stenosen. Oberflächliche Substanzverluste, tiefgreifende Geschwüre bis auf den Knorpel, Abscesse und gangränöse Zustände mit nachfolgender Narbenbildung, vorübergehende Stenosen und vollständiger Verschluss des Kehlkopfs wurden gelegentlich durch die Intubation hervorgerufen. Die schlimmsten Stenosen sah H. in der Höhe des Ringknorpels, aber auch an der Vorderwand der Luftröhre, seltener an den Stimmbändern. Bei 96 Intubirten fand er 11mal mehr oder weniger hochgradige Schleimhautverletzungen. Betroffen war vorwiegend die subglottische Partie des Kehlkopfes und die Schleimhaut der vorderen Trachealwand.

H. hält im Allgemeinen die Röhrchen des O' Dwyer'schen Instrumentariums für zu groß. Er sieht darin und in zu langem Liegen der Röhrchen die gewöhnliche Ursache des Decubitus.

Für die an sich schwierige Diagnose desselben giebt Verf. folgende Hilfsmomente an: Schwierigkeit des Einführens der Tube nach längerer Dauer ist meist nicht auf Spasmus glottidis, sondern auf Ödem zurückzuführen. Wenn bei einem Intubirten nach Wochen immer wieder Stenoseerscheinungen auftreten, sobald er extubirt wird, so muss man Decubitus oder Ödem oder Narbenbildung vermuthen. Das Metallröhrchen beschlägt oft an der Decubitalstelle, ein Ring von Schwefelmetall. Endlich ist Druckempfindlichkeit der oberen Trachealgegend beachtenswerth. **P. Stolper** (Breslau).

---

11) **M. Porges.** Experimenteller Beitrag zur Wirkung und Nachwirkung von Schilddrüsengift.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 14.)

Verf. macht auf eine seltene Form von Glykosurie aufmerksam, welche im Anschlusse an Schilddrüsendarreichung und als Folgeerscheinung derselben aufgetreten ist und außer den bekannten Störungen durch diese Medikation eine Alteration des Kohlehydratstoffwechsels darbot. P. konstatirte bei einem Hunde, der mit Schilddrüse gefüttert wurde, jedes Mal neben den bekannten Erscheinungen von Fetteinschmelzung und Eiweißzerfall noch ein eigenthümliches weiteres Vergiftungssymptom, nämlich eine recht beträchtliche Lävulosurie, bis 0,5% in der Hauptperiode, die die Eingabe der Schilddrüsen um eine beträchtliche Reihe von Tagen überdauerte.

Auch beim Menschen sind Glykosurie und vielerlei andere Störungen im Gefolge von Schilddrüseneingabe beobachtet worden. Die unberechenbare Wirkung der Schilddrüsenpräparate, welche weder einen Erfolg mit Sicherheit voraussagt, noch üble Nachwirkungen ausschließt, lässt P. bei Anwendung dieser Therapie zur Vorsicht mahnen. **Gold** (Bielitz).

---

12) **A. Correl.** Le goître cancéreux.

Paris, **Baillière et fils,** 1900. 303 S. 6 Fig.

Die unter dem Einflusse von Poncet geschriebene monographische Arbeit giebt eine gute Übersicht über das Gebiet der Struma maligna. Bezüglich des Titels sei hier gleich bemerkt, dass Verf. entgegen dem auch in Frankreich herrschenden Brauche unter dem Begriffe »Cancer« alle bösartigen Geschwülste zusammenfasst und die Sarkome als Cancers conjonctifs bezeichnet, was nicht gerade zur Klarheit der Darstellung beiträgt. Im pathologisch-anatomischen Theile zählt er die rasch wachsenden, großen zelligen Rundzellensarkome zu den Epithelialkrebsen und erkennt nur die kleinzelligen Rundzellensarkome als solche an. Bei der Besprechung der Einwirkung der Struma maligna auf das Allgemeinbefinden wird die besonders von Poncet

angenommene Sekretion eines abnormen Schildrüsensaftes durch die Krebszellen in den Vordergrund gestellt und die hierdurch bedingten Allgemeinerscheinungen, wie Herzklopfen, Zittern, rasche Abmagerung und hier und da Exophthalmus mit der Basedow'schen Krankheit in Parallele gestellt.

Die Beschreibung der Symptome und des Verlaufes der Struma maligna ist sehr eingehend, ohne Neues zu enthalten. Mehrere Krankengeschichten illustriren auch die hauptsächlich von Bard aufgestellte latente, erst an den Metastasen erkannte Form. Auch das Kapitel der Diagnose ist gut und übersichtlich geschrieben. Bei der operativen Behandlung hätte die »Enucléation massive« wegbleiben können, da Verf. selbst zugiebt, dass sie im Ganzen für die Struma maligna nicht geeignet sei. Bei der Beschreibung der Thyroïdektomie wird mit Recht auf genügend große Incisionen gedrungen, doch ist hierzu der u. A. empfohlene Kreuzschnitt in der Regel kaum erforderlich. Die Tamponade des retro-sternalen Hohlraumes nach Entfernung eines tiefen Kropfes dürfte unnöthig sein, sobald die Blutung sicher beherrscht ist, und weder Luft- noch Speisewege eröffnet wurden. Unter den palliativen Operationen wird bei Erstickungsgefahr neben der Tracheotomie die »Circumtomie« der Geschwulst empfohlen, die da ausgeführt werden soll, wo die Tracheotomie auf Schwierigkeit stößt. Dieser schon von Dupuytren ausgeführte Eingriff besteht im Wesentlichen in der Durchschneidung der Halsmuskeln, besonders der Kopfnicker, so wie der Halsfascien, welche die Geschwulst gegen die Luftröhre drängen. Die Operation soll von einem Kreuzschnitte aus ausgeführt werden, der nach Beendigung des Eingriffes wieder vernäht wird. Für andere Fälle wird gegenüber der Tracheotomie die Freilegung der Luftröhre unter »libération longitudinale« nach Adenot bevorzugt. Schließlich wird noch der freilich bei Struma maligna in der Regel unausführbaren Exothyreopexie Erwähnung gethan. Verf. giebt allerdings selbst zu, dass die letzten 3 Verfahren nur selten von Nutzen seien. Verf. ist in Bezug auf die Indikationsstellung eher geneigt, mit Poncet eine Radikalbehandlung zu verwerfen und sich auf palliative Eingriffe zu beschränken, sobald die Neubildung die Kropfkapsel durchbrochen hat. Immerhin erkennt er für kräftige Pat. die Berechtigung einer weiteren Indikationsstellung an.

Die Arbeit schließt mit einem reichhaltigen Litteraturverzeichnisse, das auch die nicht französischen Arbeiten eingehend berücksichtigt. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

13) **N. N. Petrow.** Der Skorbut in der Ätiologie der Pleuritis.

(Wratsch 1900. No. 34, 37 u. 38.)

Auf Grund der Litteratur (61 Nummern) und des Materials der Klinik von Pasternatzki (10 Fälle von Pleuritis bei Skorbut, weitere 10, wo auch noch Tuberkulose hinzukam, endlich 2 Sektionen)

kommt P. zum Schlusse, dass bei Skorbut eine primäre Pleuritis vorkomme und nicht bloß sekundär nach Pleurablutung entstehe: nicht alle pleuritischen Exsudate bei Skorbutkranken sind bluthaltig. Die Pleuritis kann auch zu leichten Formen der Krankheit hinzutreten, wobei die übrigen für Skorbut charakteristischen Symptome nur schwach ausgeprägt sein können und leicht zu übersehen sind. Bei entsprechender Behandlung des Grundleidens ist der Verlauf der Pleuritis ziemlich günstig. Das Endergebnis der Arbeit besteht darin, dass man auch bei scheinbar primärer Pleuritis an Skorbut denken muss und nach dessen Symptomen zu suchen hat.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

14) **G. Ekehorn.** Några erfarenhetsrön vid behandlingen af pleuraempyemet.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 2.)

Die Principien der modernen Behandlung der Eiterungen in den Weichtheilen, ausgiebige Spaltung und temporäre, drainirende Tamponade werden vom Verf. auf die Behandlung der Pleuraempyeme so übertragen, dass er durch ausgiebige Resektion zweier oder mehrerer Rippen in einer Ausdehnung von 8—10 cm nebst Entfernung entsprechender interkostaler Weichtheile und dazu gehöriger Pleuratheile sich einen weiten Zutritt zur Empyemhöhle bereitet und nachher durch sorgfältige Austrocknung der Wände die Höhle sofort möglichst sauber macht, wonach eine sorgfältige, aufsaugende Tamponade mit steriler Gaze den operativen Eingriff abschließt. Den bisher landläufigen Behandlungsmodus der Pleuraempyeme, Rippenresektion mit nachfolgender Einlegung von Drainröhren, bekämpft Verf. sowohl aus theoretischen als praktischen Gründen. Seine Erfolge sind besonders beachtenswerth. Die Sekretion hörte schon in den ersten Tagen nach der Operation auf, wonach eine ungewöhnlich schnelle Heilung der Wundhöhle eintrat. Die Nachbehandlung gestaltete sich besonders leicht, sauber und sowohl für Pat. als Arzt besonders angenehm. Die Heilungsvorgänge während der Anlegung der Pleurablätter an einander ließen sich prompt und genau verfolgen. — In den weiteren Auseinandersetzungen der Arbeit geht Verf. auf die umstrittene Frage des Heilungsmodus der Empyeme ein. Da diese jedoch nur ein theoretisch-medicinisches Interesse hat, können wir darüber weggehen.

Die mitgetheilten Krankengeschichten umfassen 10 Fälle, die mit »Thorakoresektion« und temporärer Tamponade der Pleurahöhle behandelt worden sind. In 3 von diesen war das Empyem sekundärer Natur (Leberaktinomykose, Lungengangrän, allgemeine Sepsis, sämmtlich tödlich endend); in den 4 folgenden Fällen zeigte die bakteriologische Untersuchung Mischinfektion (Kokken und Stäbchen, die sich nach Gram sowohl färbten als entfärbten); das klinische Bild war dasjenige eines putriden Empyems; in den 3 übrigen Fällen

fanden sich nur Streptokokken, der Eiter war dünnflüssig und fast geruchlos. Besonders in diesen 3 letzteren Fällen zeigten sich die großen Vortheile der Behandlungsweise des Verf. — Schließlich theilt er 3 Fälle von reinem Pneumokokkenempyem mit, die, im Gegensatze zu den putriden und Streptokokkenempyemen, ohne Operation behandelt worden sind. Denn Verf. will nicht die Regel aufstellen, man solle alle metapneumonischen Empyeme konservativ behandeln.

Ausführliche Krankengeschichten und Sektionsprotokolle sind der sehr bemerkenswerthen Arbeit beigefügt.

Hansson (Cimbrishamn).

15) **F. Terrier** et **E. Reymond.** A propos de la suture des plaies du coeur.

(Revue de chir. 1900. No. 10.)

An der Hand der wenigen Fälle, in denen die Naht der Herzverletzung wirklich vollendet werden konnte, erörtern die Verff. einige praktisch wichtige Fragen, namentlich in Betreff der Methode zur Freilegung des Herzens und hinsichtlich des Werthes der nachfolgenden Drainage, nachdem eine kurze Zusammenstellung über Lage der Herzwunden, auch in Beziehung zur vorderen Brustwand, über Tiefe und Ausdehnung der Verletzung, Befund an Brustfell und Lungen etc. in den 11 Fällen vorausgeschickt worden. Interessant ist, dass in diesen das Herz mittels 10 verschiedener Verfahren freigelegt worden und nur in 2 (und zwar in 2 der zur Heilung gelangten 3 Fälle) die Narkose mit Chloroform oder Äther zur Anwendung gekommen. Unter jenen Methoden erscheint den Verff. die mit Bildung eines Lappens mit lateralwärts befindlicher Basis und etwas nach außen von den Gelenkverbindungen der Rippen mit dem Brustbeine gelegenem freien Rande als die zweckmäßigste, weil der Deckel rasch ausgeschnitten, die Blutstillung leicht besorgt, die Pleura am besten geschont und die Herzgegend am breitestens freigelegt werden könne. Wo möglich, soll danach nicht durch das Brustfell hindurch vorgegangen, sondern dieses zur Bloßlegung des Herzbeutels unverletzt zurückgeschoben werden. Auch für die Naht der Herzwunde glauben die Verff. schon jetzt aus dem vorliegenden Materiale den Schluss ziehen zu dürfen, dass die fortlaufende Naht der Anlegung einzelner Knopfnähte wegen rascherer Ausführbarkeit und größerer Sicherheit der Blutstillung vorzuziehen sei. Für die Entscheidung der Frage, ob die Pleura- und Perikardialhöhle schließlich drainirt werden solle, ist die Thatsache bemerkenswerth, dass in den 3 geheilten Fällen der Herzbeutel vollständig durch Naht zum Verschlusse gebracht und in die Pleura in 2 derselben eine Gazestreifen eingelegt worden war. Die Verff. halten auch letztere wie überhaupt jede Drainage für überflüssig, weil die Gefahr einer Nachblutung nach sorgfältiger Naht der Herzverletzung nicht in Betracht komme und andererseits die einer Infektion durch das Drain zu befürchten sei.

Kramer (Glogau).



Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Neuen Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf; Oberarzt: Dr. Sick.)

Kasuistischer Beitrag zur Indikationsstellung von Nierenexstirpationen auf Grund der Bestimmung des Blutgefrierpunktes.

Von

Dr. Wiebrecht.

Die Bestimmung des Blutgefrierpunktes hat bei der Frage von Nierenexstirpationen neuerdings ein großes praktisches Interesse erlangt, nachdem durch die Arbeiten von Koranyi u. A. mitgetheilt wurde, dass bei Insufficienz der Nieren eine Erniedrigung desselben eintritt.

Als Beitrag dazu möchte ich kurz folgenden Fall anführen.

Am 27. September 1900 ließ sich im hiesigen Krankenhause ein 52jähriger Mann wegen andauernder Appetitlosigkeit und zunehmenden Kräfteverfalles aufnehmen.

Der Status war in Kurzem:

Kräftig gebauter Mann von kachektischem Aussehen. Keine Ödeme, kein Fieber. Herz etwas verbreitert, sämmtliche Töne unrein. In der linken Nierengegend ein fast mannskopfgroßer, harter, gut verschieblicher Tumor, der von der Leber, aber nicht von der Milz abzugrenzen ist und unterhalb des Colon descendens liegt, mit dem er breit verwachsen ist.

Urin hellgelb, klar, frei von Eiweiß und Zucker und mikroskopisch ohne pathologische Elemente.

Die Diagnose wurde auf malignen Nierentumor gestellt; eine Operation wurde zunächst abgelehnt.

Erst 4 Wochen später entschließt sich Pat. in Folge zunehmender Gewichtsabnahme (5 kg) und ständigen Wachsens des Tumors zur Operation. Dieselbe wird auch ausgeführt wegen der völligen Aussichtslosigkeit des Leidens ohne chirurgischen Eingriff und mit Berücksichtigung des guten Urinbefundes.

Derselbe war an den Tagen vor der Operation (23. Oktober 1900):

Datum	Reaktion	Menge	Spec. Gewicht	Albumen
17. Oktober	sauer	900	1019	—
18. »	»	1700	1015	Spuren
19. »	»	800	1019	»
20. »	»	500 ?	1018	»
21. »	»	800	1017	»
22. »	»	500 ?	1016	»

(Anmerkung: Die Mengen 500 sind sicher zu klein.)

Im Übrigen ist der Urin hellgelb, klar und enthält keine abnormen Elemente.

Am 15. Oktober 1900 Ureterenkatheterisation: links kein Urin zu erhalten, rechts ein Urin mit der Harnstoffmenge 17,8‰ und einem Gefrierpunkte 1,35; kein Albumen.

Die Bestimmung des Blutgefrierpunktes an demselben Tage und am 19. Oktober 1900 ergiebt beide Male 0,60.

Am 23. Oktober 1900 Entfernung des Tumors in Chloroform-Äthernarkose:

Leicht gebogener Querschnitt auf der Höhe des Tumors in der Lumbalgegend links, etwa vom Rectus abdominis bis zur Wirbelsäule, Durchtrennung der Weichtheile bis zur Freilegung des Tumors. Bei dem Umfange des letzteren erweist es sich nöthig, die 12. Rippe zu reseciren.

Die Umschlagstelle des Peritoneums auf dem Tumor wird stumpf von demselben zurückgeschoben, wobei ein größeres Loch in die Peritonealhöhle gemacht wird. Die Loslösung der Geschwulst gelingt ohne größeren Blutverlust, da die Gefäße, welche außerordentlich reich entwickelt sind, prophylaktisch unterbunden bezw. umstochen werden. Ausgedehntere Verwachsungen bestehen mit der Milz und dem Colon. Nachdem der Tumor bis auf den Stiel entwickelt ist, wird letzterer mehrfach umstochen und dann die Geschwulst abgeschnitten. Sorgfältige Blutstillung, Schließung der Peritonealhöhle durch fortlaufende Katgutnaht. Tamponade der Wundhöhle und Anlegung einiger Situationsnähte im oberen Wundwinkel.

Der Tumor hat ein Gewicht von 2 kg und erweist sich histologisch als eine Struma subrenalis maligna renis sinistrae.

Das Befinden des Pat. nach der Operation war andauernd gut. Er hat jetzt (nach ca. 4 Wochen) 2 kg an Gewicht zugenommen, und die anfänglich enorm große Wundhöhle ist fast ganz zugranulirt.

Der Urin enthielt in den ersten Tagen p. op. blutige Beimengungen und zeigte im Übrigen folgendes Verhalten:

Datum	Reaktion	Menge	Spec. Gewicht	Albumen
23. Oktober	sauer	250	1017	10‰
24. »	»	900	1017	½‰
25. »	»	1400	1013	Spuren
26. »	»	1400	1014	—
27. »	»	1500	1015	—
28. »	»	1400	1015	—
29. »	»	1500	1011	—
30. »	»	2000	1010	—
31. »	»	2200	1011	Spuren
1. November	»	2700	1011	»

Am 23. Oktober 1900 15‰ Harnstoff.

Am 25. Oktober 1900 19,2‰ Harnstoff, und Gefrierpunkt 1,41.

Bestimmung des Blutgefrierpunktes am 25. Oktober 1900 = 0,58.

In der Folgezeit beträgt die Menge des Urins durchschnittlich 2500 ccm; derselbe ist frei von Eiweiß.

Der Blutgefrierpunkt ist normal 0,56 und unterliegt nur geringen Schwankungen. Hier traten nach Entfernung einer Niere bei 0,60 keine üblen Folgen ein. Aus dem Steigen des Blutgefrierpunktes nach Exstirpation des Tumors scheint hervorzugehen, dass von diesem aus Stoffwechselprodukte in die Blutbahn gelangten, die eine Erniedrigung bewirkten.

Vor Kurzem wurde aus der Landau'schen Klinik ein Fall mitgetheilt, wo gleichfalls bei einem Blutgefrierpunkte von 0,60 eine vereiterte Steinniere erfolgreich entfernt wurde. Man muss also wohl die Grenzen, innerhalb derer man aus dem Verhalten des Blutgefrierpunktes auf ausreichende Nierenthätigkeit schließen kann, etwas weiter ausdehnen, als es bisher im Allgemeinen geschah; freilich wird ja doch erst die Untersuchung der durch Ureterenkatheterisation gewonnenen Urine in Verbindung mit Einverleibung von Farbstoffen, Phloridzin etc., als nothwendige Ergänzung zur Blutuntersuchung eine exakte Indikation auf Nephrektomie gestatten können.

16) **F. Schäfer.** Über Hautemphysem nach Schussverletzung.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2.)

Ein 18jähriger Mann wurde durch unvorhergesehenes Losgehen seines Flobertgewehres, das mit Patrone, Pulver und Kies geladen war, in die auf die Gewehrmündung gestützte Hand getroffen. Anderen Tages fand sich in der Hohlhand ein 9 mm langer Einschuss, Hand und Unterarm waren geschwollen; Handrücken, Unterarm und Bicipitalfurche zeigten deutliches Emphysemknistern. Das Emphysem verlor sich in der Folge rasch, dagegen kam es zu einer langwierigen Phlegmone.

Wie Verf. eingehend erörtert, spricht eine Reihe von Gründen für die Annahme, dass hier einer jener seltenen Fälle von Pulvergasemphysem vorliege. Dagegen ließ sich aber anführen, dass Schwellung und Emphysem erst einige Stunden nach der Verletzung auftraten, nachdem inzwischen eine Karbolspülung vorgenommen war. Es wäre daher sehr wohl möglich, dass nicht das Pulvergas, sondern das Eindringen von Luft aus dem fest in die Wunde eingepressten Irrigatorschlauche das Emphysem bedingte. **Honsell** (Tübingen).

17) **J. A. Fordyce.** Endothelioma of the skin developing in the scar-tissue of lupus vulgaris; angiosarcoma of the skin.
(Amer. journ. of the med. sciences 1900. August.)

Die unverheirathete, 46jährige Pat. litt seit 15 Jahren am rechten Vorderarme an einer vielfach erfolglos behandelten Hautkrankheit. Dieselbe erwies sich bei der Untersuchung durch F. als typischer Lupus vulgaris — Narbengewebe und zahlreiche Lupusknötchen in der Umgebung. An einer Seite der Narbe bestand ein über bohnengroßer, harter Knoten, der Anfangs als hypertrophische Narbe imponirte, dann aber wegen raschen Wachsthums exstirpirt wurde und sich als bösartige Geschwulst erwies. An der Stelle der Exstirpation entstand ein Narbenkeloid, das aus Furcht vor Recidiv abermals ausgedehnt excidirt wurde, aber nur aus Narbengewebe bestand. Die Lupusknötchen wurden mit scharfem Löffel und Chlorzinkätzung vollkommen beseitigt.

Die mikroskopische Untersuchung des zuerst exstirpirten Knotens ergab das typische Bild des Angiosarkoms: Durch mehr oder weniger breite Bindegewebszüge getrennte, mit kleinen epithelialen Zellen ausgefüllte Alveolen, in deren Centrum sich die mit rothen Blutkörperchen gefüllte Lichtung eines Gefäßes findet. Wenn Verf. die Neubildung als Endotheliom bezeichnet, mit den gleichen Geschwülsten der Pleura und Dura identificirt und den Angiosarkomen der Haut gegenüberstellt, so ist dagegen zu bemerken, dass ausdrücklich angegeben wird, die inmitten der Zellalveolen gelegenen Gefäßquerschnitte ließen mehrfach ein deutliches, wohlerhaltenes Endothel erkennen. Es ist daher Ref. wahrscheinlicher, dass die Geschwulstbildung von den Zellen der Adventitia ausging, es sich also um ein echtes Angiosarkom (Hämangiosarkom) handelte. Das Interesse des Falles als sarkomatöse Neubildung auf dem Boden einer Lupusnarbe wird dadurch nicht beeinträchtigt. **R. v. Hippel** (Dresden).

18) **Deutschländer.** Beitrag zu dem Kapitel der Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 5.)

Einen schweren Fall von Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen, dessen Verlauf ca. 7—8 Monate währte, theilt uns D. mit. Bei einem 21jährigen jungen Manne wurden innerhalb zweier Tage 5 Röntgenaufnahmen von der Gegend des rechten Hüftgelenkes gemacht; die Aufnahmezeiten waren: 15, 20, 10, 5 und 2 Minuten, die Röhre befand sich ca. 15 cm von der Haut entfernt, stand mit ihrer Längsachse parallel zum Körper, senkrecht über der Mitte des Lig. Pouparti. Pat. hatte eine sehr zarte, weiße Haut.

Wie viel Tage nach der letzten Belichtung die Hautveränderungen eintraten, ist nicht zu ersehen, jedenfalls lag der Beginn zwischen dem 3. und 7. Tage.

Pat. wurde 3 Tage nach der letzten Aufnahme operirt, wobei sich noch keine Hautveränderungen zeigten; bei dem am 7. Tage vorgenommenen 1. Verbandwechsel wies die Haut an den belichteten Stellen intensive, zackige, scharf begrenzte Röthung auf. Dabei war unbedeutendes Fieber vorhanden, subjektives Wohlbefinden ohne jede Beschwerden. Innerhalb der nächsten Tage zeigten sich die charakteristischen Veränderungen der Hautverbrennung, Blasenbildung etc. Der Heilungsverlauf war ein exquisit langwieriger. Die Granulationsfläche war zeitweise 14 : 17 cm groß; es bildete sich eine große, strahlige Narbe.

D. meint, dass zum Zustandekommen einer Verbrennung durch Röntgenstrahlen 2 Faktoren gehören, und zwar 1) zarte, dünne Haut und 2) eine längere Einwirkung der Strahlen.

In prophylaktischer Beziehung empfiehlt er die Expositionsdauer mit Hilfe der uns zu Gebote stehenden technischen Verbesserungen möglichst abzukürzen.

H. Wagner (Breslau).

19) **Nikitin.** Ein Fall von ausgebreiteter Aktinomykose mit Lokalisation im Gehirn.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Lungenaktinomykose. Im Gehirn zwei walnussgroße aktinomykotische Herde. Jodkali vermochte die Verbreitung der Krankheit nicht zu hindern.

Borchard (Posen).

20) **Branet et Loeper.** Trois cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique.

(Arch. génér. de méd. 1900. März.)

Es handelt sich um Mittheilung von 3 Beobachtungen von Hirngeschwülsten, die in die motorische Region hineingewachsen waren, und bei denen psychoparalytische Symptome überwogen. Der 1. Fall betraf ein Sarkom der 3. linken Frontalwindung, das wahrscheinlich seinen Ausgang von der Dura mater genommen und das außer der rechtsseitigen Hemiplegie zur Aphasie und vorwiegend psychischen Störungen geführt hatte. Im 2. Falle handelte es sich um eine mit wasserhellem Inhalte gefüllte, etwa orangengroße Cyste des unteren äußeren Theiles des rechten Temporo-Occipitallappens. Während des Lebens zeigten sich neben physischen Störungen eine linksseitige Hemiplegie mit Kontraktur, Herabsetzung des Gehör- und Gesichtssinnes und linksseitige Hemianästhesie.

Im 3. Falle wies die Obduktion ein Gliom des Fußes der linken 3. Stirnwindung und des Anfangtheiles der 2. Stirnwindung nach. — Die Erkrankung setzte mit einem apoplektischen Anfalle ein, der von einer rechtsseitigen Hemiplegie und Aphasie gefolgt war.

Verff. glauben auf Grund der bis jetzt beobachteten ähnlichen Fälle und ihres Materials sich zu der Schlussfolgerung berechtigt, dass die zerstörenden wachsenden Geschwülste der motorischen Region sich allein durch psychoparalytische Störungen zu erkennen geben können. Die durch die Tumoren bedingten Lähmungen haben einen langsam fortschreitenden Charakter. Keines der psychischen oder paralytischen Symptome ist für sich allein pathognomonisch. Erst ihre Vereinigung gestattet den Verdacht eines Hirntumors. **Longard** (Aachen).

21) **Broca.** Otite et mastoidite chroniques, avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse. Opération par la voie mastoidienne. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 778.)

7jähriges Mädchen, seit mehreren Jahren an doppelseitiger Ohreiterung leidend, erkrankt mit starkem Stirnkopfschmerz, zu welchem sich Erbrechen und Gleichgewichtsstörungen gesellen. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus 3 Tage nach Beginn der Erkrankung konstatirte B. Temperatur 38,4, ödematöse Schwellung, Röthung, Schmerzhaftigkeit über dem linken Warzenfortsatze, äußerst stinkenden

Ausfluss aus dem linken Ohre, schwankenden Gang. Auf Grund der Gleichgewichtsstörungen, denen B. einen sehr hohen diagnostischen Werth beimisst, diagnosticirte er trotz des Sitzes des Kopfschmerzes in der Stirngegend einen intrakraniellen Abscess in der hintern Schädelgrube, operirte sofort, fand die Zellen des Warzenfortsatzes und das Antrum mit Eiter gefüllt, den Knochen kariös, aber nirgends eine auf die harte Hirnhaut führende Fistel. Da er seine Diagnose für sicher hielt, meißelte er gleichwohl den Schädel nach vorn oben vom Knie des Sinus transversus auf und fand hier richtig einen extrakraniellen Abscess von der Größe einer kleinen Nuss. Tamponade. Heilung.

Reichel (Chemnitz).

22) **Broca.** Abcès temporal d'origine otique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 873.)

B. beobachtete folgenden interessanten Fall:

48jährige Frau erkrankt im Anschlusse an Influenza an akuter Mittelohreiterung. Kopfschmerz, Schwindel, hohes Fieber treten hinzu; Somnolenz; Druckempfindlichkeit des rechten Warzenfortsatzes trotz aufgehobenen Bewusstseins. B. trepanirt den Warzenfortsatz, entfernt auch die innere Wand des Antrum und findet einen nussgroßen Abscess in der Gegend des Sinus. Darauf erhebliche Besserung, doch schon nach 9 Tagen starke Wiederverschlimmerung: Somnolenz, Pulsverlangsamung bis 60, Zuckungen in den Fingern der linken Hand, auf den Arm übergreifend. Die Operation mit weiter Bloßlegung des Sinus, der durch einen Knochensplitter angerissen wird und tamponirt werden muss, und der Dura mater unter dem Temporallappen. Da keine Veränderungen gefunden werden, wird die Operation abgebrochen. — Weitere Verschlimmerung führt 2 Tage nachher zu einem 3. Eingriffe ohne Narkose bei völliger Benommenheit der Kranken: Einschnitt in den Schläfenlappen von unten her; in einer Tiefe von 1—2 cm wird Eiter gefunden, ungefähr ein Löffel voll. Drainage. Schon wenige Minuten nachher kehrt das Bewusstsein und die Sprache wieder. Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

23) **E. Kirmisson.** Abcès du lobe droit du cerveau d'origine otique, hémiplégie gauche. Trépanation, évacuation de l'abcès, massage consécutif, disparition de la contracture des muscles paralysés.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 857.)

3 Monate nach Operation einer rechtsseitigen Mastoiditis im Anschlusse an eitrigen Mittelohrkatarrh bemerkte die Mutter der 3jährigen Pat., dass das Kind sich nicht mehr des linken Armes bedienen konnte. K. stellte eine dauernde Kontraktur der linken oberen und unteren Extremität fest, zu der sich bald eine linksseitige Facialisparalyse gesellte. Fieber fehlte. Auf Grund der Diagnose »Gehirnabscess in Folge Otitis« trepanirte K. unmittelbar nach hinten und oben von der rechten Ohrmuschel, schnitt die durchaus normal aussehende Dura kreuzweise ein, aspirirte mit einer Pravaz'schen schräg von unten außen nach oben innen eingestochenen Spritze Eiter, eröffnete unter Leitung der Nadel den Abscess mit einem Skalpell und entleerte wenigstens 60 g gelblichen serösen Eiters. Drainage. Auswaschung mit Borsäure. Der Eiter enthielt lange Ketten von Streptokokken. Heilung. Nach vollendeter Vernarbung wurden die noch vorhandenen Kontrakturen erfolgreich durch Massage behandelt und verhältnismäßig rasch geheilt. **Reichel** (Chemnitz).

24) **E. Grulning.** A case of otitis brain abcess in a boy of five years; operation, recovery.

(Festschrift für Jacoby p. 116. Knickerbocker Press. New York 1900.)

Caries des Warzenfortsatzes bei erhaltenem Trommelfelle, am 14. Tage nach Beginn der Erkrankung Radikaloperation. Die Decke des Antrums wird zerstört gefunden, die vorliegende Dura mater missfarbig. Incision der Dura vom Vater des Kindes (Arzt) verweigert.

14 Tage nach Operation Fiebersteigerung und Somnolenz, der Puls blieb beschleunigt. Freilegung der Dura durch Abtragung des Knochens an der schon entblößten Stelle. Incision eines größeren Abscesses im Schläfenlappen. Ausgang in Heilung.

Verf. räth zur Aufsuchung des otogenen Abscesses des Schläfenlappens von der primär erkrankten Stelle des Warzenfortsatzes aus, wie von Körner und Jansen empfohlen ist. **F. Göppert** (Kattowitz).

25) **Ed. Schwartz.** Sur un cas d'épilepsie jacksonienne. Trépanation, puis suture de la dure-mère aux bords du périoste cranien après incision en croix. Amélioration considérable.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 755.)

Der 18jährige Pat. war 4 Jahre zuvor mit dem Kopfe gegen die Ecke eines Koffers gefallen. Kurz danach empfand er im rechten Arme, in der Gegend des Ellbogens, ein zusammenschnürendes Gefühl. Bald kamen klonische Zuckungen im rechten Arme und Hand hinzu, die sich später auf die rechte Halsseite, die rechte Gesichtshälfte, die Muskeln der rechten Rumpfhälfte ausdehnten und bis etwa eine Viertelstunde anhielten. Seit 2 Jahren bestanden allgemeine Konvulsionen mit Bewusstseinsverlust, immer mit vorwiegender Betheiligung der rechten Seite. Die Betastung des Schädels ließ einen auf Druck schmerzhaften, scharf umschriebenen Punkt auffinden in der Gegend des oberen Abschnittes der Rolando'schen Furche.

S. machte hier am 31. Januar 1899 eine Trepanation und entfernte eine 4 bis 5 cm im Durchmesser messende Knochenscheibe, die in ihrer Mitte eine Exostose aufwies. — Vom 31. Januar bis 9. Februar blieben die Anfälle fort, wiederholten sich indess am 9., 12., 14., 15., 16. und 18. Februar, später in unregelmäßigen Zwischenräumen. Am 28. März erweiterte S. desshalb die Trepanationsöffnung ungefähr auf das Doppelte, vernähte die Hautwunde, die in 10 Tagen heilte. Nach dieser Zeit traten die Anfälle indess von Neuem auf. Bei einem 3. Eingriffe am 30. Mai incidirte S. desshalb im Bereiche des Knochendefektes die stark verdickte harte Hirnhaut kreuzförmig, vernähte die nach außen umgeschlagenen 4 Lappen mit dem Periost und schloss die Weichtheilwunde. Seitdem traten bis zur Zeit der Veröffentlichung (12. Juli 1899) nur 3 abgeschwächte Anfälle auf.

Reichel (Chemnitz).

26) **Rose.** Heilung eines Falles von epileptischem Irresein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

Der betreffende Knabe hatte ein Trauma gegen die Stirn erlitten. Die ganze Krankheit dauerte $6^3/_4$ Monate und endete $2^1/_2$ Monate nach der Operation (Trepanation an Stelle der Verletzung ohne besonderen Befund am Gehirn und den Gehirnhäuten) mit völliger Heilung. Genaueres muss im Originale nachgelesen werden. **Borchard** (Posen).

27) **Kümmell.** Trepanation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine Meningoencephalitis gummosa, die auf die rechte vordere Centralwindung lokalisirt und bei specifischer Behandlung nicht gewichen war; im 2. Falle um eine auf das untere Drittel der vorderen linken Centralwindung beschränkte Meningealverdickung mit Gefäßneubildung bei einem 19jährigen Mädchen, das 2 Monate an schweren rechtsseitigen Jackson'schen Krämpfen gelitten hatte. Nach 3 Monaten völlige Heilung.

Borchard (Posen).



28) **A. N. Simin.** Ein Fall von Deckung eines Schädeldefektes mittels Periostknochenlappens aus der Tibia nach Seydel.

(Wratsch 1900. No. 40.)

Die Operation wurde an einem 9jährigen Knaben gemacht, den vor 4 Jahren ein Pferd mit dem Hufe über die rechte Augenbraue schlug, worauf sich eine Fistel bildete, aus der innerhalb der nächsten 6 Monate 9 Knochenstücke, bis 1,5 cm groß, herauskamen; an der verletzten Stelle bildete sich dann eine Meningocele, 7,0 × 5,0 × 2,5 cm groß, mit nach außen gestülpten Knochenrändern; diese Ausstülpung betrug unten 1 cm, und konnte daher der Knochenlappen nicht aus der Nachbarschaft genommen werden. Das Resultat war nach 3 Monaten sehr gut: man fand einen festen knöchernen Verschluss. In der Litteratur fand S. nur 8 Fälle von Seydel's Operation. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

29) **E. S. Perman** und **E. Holmgren.** Ett fall af trigeminusneuralgi, behandladt medels exstirpation af ganglion Gasseri, jemte beskrifning af det exstirperade gangliet.

(Hygiea Bd. LXII. No. 2. p. 80.)

Der 66jährige Pat. litt seit mehr als 17 Jahren an einer sehr schweren Gesichtsneuralgie, die im Laufe der Jahre sowohl mit medikamentöser Behandlung, Massage und Inunktionskur, als mit verschiedenen chirurgischen Eingriffen behandelt wurde, ohne jedoch völlig geheilt, sondern nur vorübergehend gebessert zu werden. So wurde im Jahre 1883 die Resektion der Nn. frontalis und infraorbitalis gemacht, 1887 mehrere Zähne extrahirt; 1889 Resektion des Oberkiefers mit Exstirpation eines nicht unerheblichen Stückes des Ramus secundus ausgeführt. In demselben Jahre wurde auch Resektion des I. Zweiges nach Enukleation des Auges gemacht. 10 Jahre später hatten die inzwischen mäßig gewordenen Schmerzen sich wieder so vermehrt, dass sie nur mit großen Dosen Morphium vorübergehend gelindert werden konnten. Da bei diesem Zustande nichts anderes übrig blieb als die intrakranielle Resektion des Ganglion Gasseri, wurde diese Operation von P. gemacht und zwar nach der Krause-Hartley'schen Methode mit temporärer Abmeißelung des Jochbogens. Im Verlaufe der Operation wurde die Dura unabsichtlich verletzt, wobei eine nicht unerhebliche Menge Cerebrospinalflüssigkeit sich entleerte. Dies Ereignis war in so fern vortheilhaft, als die Raumbeengung in der Tiefe sehr verbessert wurde; in der Nachbehandlung kamen nur vorübergehende Störungen wegen des Druckes des eingelegten, nass werdenden Jodoformgazetampons vor. Völlige Heilung. Die Beobachtung des Pat. hatte sich bis auf 5 Monate ausgedehnt; während dieser Zeit hatten die neuralgischen Schmerzen völlig nachgelassen.

In der Beschreibung des Präparates legt H. unter Hinweisung auf seine diesbezüglichen Untersuchungen der Spinalganglien bei Lophius und anderen Thierspecies dar, dass die Nervenzellen das Bild der elektrischen Reizung zeigen, und spricht die Vermuthung aus, dass das materielle Substrat der Neurosen eine Gestalt annehme, welche mit den excessiven Reizungsbildern übereinstimme. Er will indess aus dem Befunde der Reizungsbilder eines exstirpirten Ganglions, bei welchem periphere Exstirpationen vorhergingen, nicht objektive Schlussfolgerungen zu Gunsten dieser Hypothese ziehen. **Hansson** (Cimbrishamn).

30) **Lavagna.** Estirpazione di cisti echino-coccica retrobulbare.

(Giorn. d. R. Accad. di Med. di Torino 1900. No. 7.)

Extrakion eines retrobulbären Echinococcus der Augenhöhle, der beträchtliche Ptosis und Protrusio bulbi machte, durch Schnitt am oberen Rande der Orbita.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

31) **Curtis et Lambret.** Un cas d'adénome sébacé volumineux de la face.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Die Geschwulst war bei dem 45jährigen Pat., nachdem sie kleinerbsengroß in der linken Parotisgegend 6 Jahre lang bestanden, in den nächsten 2 Jahren bis zu Faustgröße gewachsen und machte dadurch, wie durch das Bestehen ulcerösen Zerfalls an der Oberfläche, trotz Fehlens von Lymphdrüsenschwellungen, den Eindruck einer bösartigen Neubildung. Die Exstirpation war nicht schwierig, da die breitaufsitzende Geschwulst beweglich geblieben war, und ein Zusammenhang mit der Parotis nicht bestand; der zurückbleibende große Defekt konnte nur theilweise durch Nähte geschlossen werden. Heilung (Facialislähmung), bisher ohne Recidiv. Die sehr genau ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nur um ein Hautdrüsenadenom gehandelt hatte, welches durch sehr ausgedehnte epitheliale Proliferation und Blutungen in die Geschwulst mit sekundärer Nekrose und oberflächlichem Zerfalle derselben ausgezeichnet war. **Kramer** (Glogau).

32) **G. Anellis.** Die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhöhlenmucocele.

(Archiv für Laryngol. und Rhinol. Bd. XI. p. 64.)

A. beschreibt einen Fall von cystischer Geschwulst der Stirnhöhle, deren Entstehung er sich so denkt, dass eine vordere Siebbeinzelle zur »Knochenblase« geworden sei, die Zwischenwände des Siebbeinlabyrinthes zerstört habe und dann in die Stirnhöhle vorgedrungen sei. Die letztere sei dann zum größten Theile durch die cystische Geschwulst angefüllt, ohne dass ihre Wand selbst darunter gelitten habe. Mikroskopische Untersuchung fehlt. — Verf. erwähnt dann auch die wenigen ähnlichen Beobachtungen, die gerade so zu erklären seien, und spricht sich für eine endonasale Behandlung dieser Stirnhöhlenmucocele aus.

Manasse (Straßburg i/E.).

33) **A. Baurowicz.** Angeborener doppelseitiger Verschluss der Choanen.

(Archiv für Laryngol. und Rhinol. Bd. XI. p. 150.)

B. beschreibt einen Fall von kongenitalem knöchernen Verschlusse der Choanen bei einem 22jährigen Manne. Derselbe hatte außer den Athembeschwerden vollständige Anosmie. Nach der Operation mit Meißel und Zange war sowohl Nasenathmung als Geruch wiederhergestellt. **Manasse** (Straßburg i/E.).

34) **W. J. Greer.** Spindle-celled sarcoma of the hard palate.

(Bristol med.-chir. journ. 1900. September.)

26jähriger Pat., dessen Großvater an Lippenkrebs, dessen Vater an Carcinose des Bauchfelles gestorben war. An der rechten Seite des harten Gaumens, nahe der Mittellinie, ein 50pfennigstückgroßes Geschwür mit harten, wallartigen Rändern. Excision des Geschwürs; die mikroskopische Untersuchung ergiebt Spindelzellensarkom. Weitere Operation verweigert. Die Geschwulst zerstörte zunächst harten und weichen Gaumen, drang dann in die rechte Highmoreshöhle und die Fossa zygomatica ein, sodann durch die Fissura sphenomaxillaris zur Schädelbasis und durchsetzte das Keilbein. Tod nach 5 Monaten. **Mohr** (Bielefeld).

35) **N. P. Trofimow.** Laryngitis submucosa infectiosa.

(Wratsch 1900. No. 34.)

T. beschreibt den 19. Fall der von Gerber im Heymann'schen Handbuche der Laryngologie beschriebenen Krankheit. Ein kräftiger 24jähriger Soldat erkrankte am 4. Februar. Am 6. Februar Symptome der Perichondritis epiglottidis acuta mit Ödem der Umgebung. Asphyxie, Tracheotomie. Stürmische septhämische Erscheinungen, Tod am 8. Februar. Sektion: erysipelatös-phlegmonöse

Laryngitis und Pharyngitis. Septhämie; eitrige Infiltration der Muskeln und des Zellgewebes um die Kehlkopfknorpel; Eiterung im vorderen Mediastinum. Multiple kleine nekrotisirende Leberabscesse. An der Schleimhaut des Kehlkopfes und Rachens ein nekrotisches Geschwür. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **Castronuovo.** Un caso die tracheocele.

(Nuova rivista clin.-terapeut. 1900. No. 9.)

Genaue Beschreibung eines einschlägigen Falles. Ein 36jähriger Mann hat seit 4 Jahren eine chronische Laryngitis, und es entwickelte sich links von der Luftröhre eine Geschwulst. Im Liegen auf der linken Seite und bei Anstrengung entsteht Athemnoth und eine röchelnde Athmung. In der linken Schlüsselbeingrube entsteht bei Pressen und Husten eine orangengroße Geschwulst, die unter beiden Kopfnickern bis nach rechts hinüberreicht. Bei tiefer Inspiration und bei Druck auf sie verschwindet sie. Im Bereiche des Manubrium sterni und neben demselben besteht tympanitischer Schall. Die vesikuläre Athmung ist links bis zur 3. Rippe herab durch scharfes und rauhes, auf Distanz hörbares Geräusch ersetzt. Während die erstgenannten Symptome die einer hernienartigen Erweiterung der Luftröhre (an der Hinterfläche) sind, werden letztere als die einer Stenose des zum linken Oberlappen führenden Bronchus angenommen und für beide die Ursache in einem geschwürigen Processe gesucht.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) **Niehues.** Drei Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen, ihre Lokalisation durch Röntgenstrahlen und ihre Entfernung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 6.)

N. theilt 3 Fälle mit, die vor der Anwendung der Röntgenstrahlen enorme diagnostische Schwierigkeiten gemacht hätten, und deren operative Heilung früher ein gewisser Glücksfall gewesen wäre.

In dem 1. Falle handelte es sich um die Aspiration einer 4,3 cm langen Nadel mit großem Knopfe; in dem 2. Falle hatte ein 5 Jahre altes Kind seit $3\frac{1}{2}$ Jahren eine eiserne Holzschraube im Anfangstheile des linken Bronchus sitzen; schließlich hatte ein 11 Jahre altes Kind eine Metallbleistifthülse eingeathmet, dieselbe saß im rechten Bronchus. In allen 3 Fällen wurde der Sitz der Fremdkörper durch die Röntgendurchleuchtung genau festgestellt und der Fremdkörper durch die Tracheotomiewunde extrahirt. **H. Wagner** (Breslau).

38) **Fabris.** Sopra un caso di struma benigna metastatica.

(Giorn. d. R. Accad. de Med. di Torino 1900. No. 7.)

Gutartige Kropfmetastase in dem Körper des 5. Dorsalwirbels. Kompression des Rückenmarkes mit auf- und absteigender Degeneration. Sektionsfall.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

39) **Wermann.** Über luetische Struma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 6.)

Der Fall betrifft einen 24jährigen Mann, der im Jahre 1892 luetisch inficirt worden war. Während die Syphilis sich gerade durch tertiäre Erscheinungen manifestirt hatte, und Pat. eine Jodkur durchmachte, entstand bei ihm ein Kropf, der durch diese Kur keineswegs beeinflusst wurde, aber sofort zurückging, als eine Hg-Inunktionsbehandlung eingeleitet worden war.

W. fasst in seinem Falle die Anschwellung der Schilddrüse als einfache hyperplastische, d. i. als sekundäre Erkrankung auf, wofür der akute Verlauf, die gleichmäßige weiche Schwellung und die prompte Wirkung des Hg, andererseits die wirkungslose Jodbehandlung sprach. **Gold** (Bielitz).

40) **N. N. Michailow.** Zur Chirurgie des Mediastinum anticum.

(Die Chirurgie 1900. No. 45. [Russisch.])

1) 14jähriges Mädchen, war sonst immer gesund, überstand vor einem Jahre eine fieberhafte Erkrankung (Influenza?) und kam mit einer Fistel am Brustbeine,

am Ansatze des Schwertfortsatzes, einer Auftreibung der ganzen Brustbeingegend und einer zweiten unter der rechten Brustwarze ins Spital. Die Krankheit besteht seit mehreren Monaten; bei Druck auf die Auftreibungen kommt Eiter zur Fistel heraus. Diagnose: tuberkulöse Eiteruug im vorderen Mediastinum. Das Brustbein wurde mit Luer'scher Zange von der Fistel bis zur 4. Rippe abgetragen. Große, mit käsigen Massen ausgefüllte Höhle, die unten vom Zwerchfelle, seitlich von den Pleuren und dem Perikard begrenzt wird, oben weit hinter dem Brustbeine hinaufgeht. Hinter den Rippen geht ein Gang zur Vorwölbung unter der rechten Brustdrüse. Incision hier. Die käsigen Massen wurden mit dem Löffel entfernt, die Wunde tamponirt und später mit Jodoformglycerin behandelt. Nach 3 Wochen vollständig geheilt entlassen; 4 Monate später gesund.

2) 4jähriges Mädchen, Caries des Sternalendes der 4. Rippe, großer peripleuraler Abscess der ganzen linken Brustseite, die stark abgeflacht ist. In der Gegend der 7. Rippe eine sehr feine Fistel, aus der viel Eiter herausgekommen war. Keine Anamnese. Resektion der 4. Rippe; nach 2 Wochen geheilt.

M. empfiehlt zur Eröffnung des Mediastinalraumes, das Brustbein mit einem ganz flach angesetzten Meißel vorsichtig schichtweise abzutragen; auf diese Art wird die Verletzung der Pleura am sichersten vermieden. Milton's Vorschlag, das Brustbein der Länge nach zu durchsägen und die Hälften aus einander zu klappen, ist nach Leichenversuchen nicht zu empfehlen: man muss zu viel Kraft anwenden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

41) **Kirmisson.** Kyste laiteux du sein gauche chez un garçon de treize ans.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 707.)

Der 13jährige Knabe hatte 2 Monate vorher beim Fußballspielen einen Stoß gegen die linke Brust erhalten. Ein wenig oberhalb und nach außen von der Brustwarze sah man eine rundliche, völlig bewegliche, schmerzlose Geschwulst von der Größe einer kleinen Mandarine. Nach vorn und innen von ihr fühlte man einige vergrößerte Drüsenläppchen; die Mammilla war eingezogen, wie bei manchen Neubildungen der Brustdrüse. Die Punktion entleerte 25 g reiner Milch.

Reichel (Chemnitz).

42) **J. A. Philipp.** Unterbindung der Arteria subclavia in ihrem ersten Abschnitte nach Schussverletzung. (Aus der chir. Abtheilung des städt. Krankenhauses in Saarbrücken. Dr. Jüngst.)

(? ? .)

Verf. hat aus der bis in das vorige Jahrhundert verfolgten Litteratur 18 Fälle von Unterbindungen der Art. subclavia in ihrem ersten Abschnitte zusammengestellt. Im Anschlusse daran wird ein neuer Fall mitgetheilt.

Es handelte sich um eine Revolverschussverletzung der linken Oberschlüsselbeingrube, welche eine Frau in einem an ihr verübten Mordversuche erlitten hatte. Die Operation wurde 41 Tage nach der Verletzung vorgenommen wegen wiederholter Nachblutungen, welche zuletzt einen lebensgefährlichen Charakter annahmen. Die primäre Blutung war nicht sehr bedeutend und stand bald von selbst. Der Radialpuls war nach der Verletzung erhalten und zeigte gegenüber der gesunden rechten Seite während der ersten 8 Tage keinerlei Unterschied. Mit der 1. Nachblutung am 9. Tage wurde der Radialpuls bedeutend schwächer, um in den nächsten Tagen ganz zu verschwinden. Das v. Wahl'sche Zeichen war niemals wahrnehmbar. Die Ausführung der Operation gestaltete sich recht schwierig wegen der tiefen Lage der Arterie, wegen einer großen Menge geronnenen Blutes und einer kolossalen Blutung aus der Subclavia. Herr Oberarzt Dr. Jüngst legte sich desshalb das Operationsfeld durch subperiostale Resektion des sternalen Drittels der Clavicula und des oberen Theiles des Manubrium sterni frei. Die Unterbindung wurde dann unter Eröffnung des Mediastinalraumes dicht am Ursprunge der Subclavia vom Aortenbogen mit Seide vollzogen. Dann erst konnte die ver-

letzte Stelle aufgesucht und zu beiden Seiten unterbunden werden. Dieselbe lag fast genau an der Kreuzungsstelle der Subclavia mit der 1. Rippe. Der obere Rand der Arterie trug einen längsverlaufenden, 3 mm langen Schlitz, dessen Ränder glatt waren und an einander lagen. Die Wunde sah aus wie eine Stichwunde. Bei offener Wundbehandlung erfolgte reaktionslose Heilung.

Mit diesem Erfolge steht diese Unterbindung am 1. Abschnitte der Subclavia einzig da, sie ist die erste mit Heilung ausgegangene, da die in der Litteratur mitgetheilten 18 Fälle alle mit Tod ausgingen.

Bei Besprechung des Falles wird die Schwierigkeit der Diagnosestellung der so versteckt liegenden Subclaviaverletzung betont. Die Hauptanhaltspunkte für die Diagnose sind ja wohl, wie bekannt, die primäre Blutung mit ihren Folgeerscheinungen und das Verhalten des peripheren Pulses. Entscheidender Werth wird dem v. Wahl'schen Zeichen beigelegt. Im vorliegenden Falle versagten aber alle diese Anhaltspunkte. Die primäre Blutung war nicht sonderlich bedeutend und stand spontan; auch stand die Verletzte scheinbar nicht unter dem Eindrucke eines so bedeutenden Blutverlustes mit seinen Folgen, wie man ihn bei einer Verletzung der Subclavia erwarten dürfte. Ferner war der Radialpuls in den ersten 8 Tagen, bis zur 1. Nachblutung, vollständig gleich dem der gesunden Seite, wenigstens konnte mit dem tastenden Finger kein Unterschied wahrgenommen werden. Freilich soll nach v. Wahl, v. Büngner und Rotter durch sphygmographische Aufzeichnung des Pulses ein Unterschied im Verhalten des Pulses der verletzten Seite gegenüber dem der gesunden Seite auch dort gefunden werden, wo dem tastenden Finger dieser Unterschied entgeht. Auch das sonst so hoch geschätzte v. Wahl'sche Zeichen, d. i. ein der Systole synchrones, leicht hauchendes oder schabendes Geräusch, das am lautesten an der Verletzungsstelle mit dem Stethoskop hörbar ist, um nach der Peripherie hin allmählich zu verschwinden, bewährte sich nicht. Trotzdem wiederholt danach geforscht wurde, konnte es niemals beobachtet werden, und doch waren alle von v. Wahl aufgestellten Bedingungen erfüllt — die Arterie war partiell verletzt und der Blutstrom wenigstens in den ersten 8 Tagen nicht unterbrochen. Rotter bestritt schon den Werth dieses Geräusches wenigstens für Arterien kleinen Kalibers; nach der vorliegenden Beobachtung muss man diesen Werth auch für Arterien von dem Kaliber einer Subclavia bestreiten. Im vorliegenden Falle konnte die Diagnose erst dann mit Sicherheit aufrecht gehalten werden, als mit dem Eintreten der Nachblutungen sich ein pulsirendes Hämatom ausbildete und der Radialpuls ausblieb.

Was die Technik der Operation angeht, so ist zu bemerken, dass die Hauptschwierigkeiten auf der tiefen Lage und der Nähe vieler großer Arterien und Venen, wichtiger Nerven, der Pleura, des Ösophagus, des Ductus thoracicus, welche leicht verletzt werden können, beruhen. Auf der linken Seite sind die Verhältnisse ungünstiger als rechts, weil hier die Arterie der Oberfläche näher liegt und nicht einen senkrechten, sondern einen mehr queren Verlauf nimmt. Es ist unbedingt nöthig, durch ausgedehnte, wo möglich subperiostale Resektion der Clavicula und des Sternums sich das Operationsfeld freizulegen. Auch Bardenheuer tritt für diese Forderung auf Grund von Leichenversuchen und Operationen an Lebenden energisch ein. Rotter und Madelung schließen sich ihm an. Die Integrität des Schultergürtels kommt gegenüber der Schwere der Fälle nicht in Betracht, die die Operation erheischen.

Nach Schluss dieser Arbeit wurde ein weiterer Fall in der Litteratur mitgetheilt (F. Kammerer, Ligature of the first portion of the left subclavian artery for aneurysm, death after four weeks. New York med. record 1899. December 23. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 17). Es sind somit 20 Fälle bekannt, wovon nur einer mit Heilung ausging.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Bericht über die Verhandlungen
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
XXIX. Kongress,
abgehalten vom 18.—21. April 1900
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 28.

Inhalt.

1) **v. Stubenrauch** (München). **Über die unter dem Einflusse des Phosphors entstehenden Veränderungen des wachsenden Knochens.**

Der Vortr. giebt das Ergebnis seiner Untersuchungen über die Wirkung des Phosphors auf den wachsenden Knochen bekannt.

Die diesbezüglichen Versuche erstrecken sich auf eine große Zahl von Meerschweinchen, Kaninchen, Tauben und Hunden, welche Phosphor theils in Pillenform (0,00015 g Phosphor als Anfangsdosis pro die), theils in Form von Dämpfen aufnahmen. Drei Versuchsthiere hielten sich für die Dauer des Versuches in einer Zündholzfabrik auf.

Das Resultat der angeführten Untersuchungen stimmt in der Hauptsache mit den Ergebnissen der Wegner'schen Versuche überein. Es hat sich ergeben, dass unter fortgesetzter Fütterung mit Phosphor (oder unter längere Zeit hindurch stattfindender Einwirkung von Phosphordämpfen) bei wachsenden Thieren an Stelle der weitmaschigen spongiösen Substanz unter dem Epiphysenknorpel der Röhrenknochen ein mehr dichtes Gewebe producirt wird, die sogenannte »Phosphorschicht« Wegner's. Diese Schicht wechselt nach Dauer der Fütterung, Dosis des Giftes und an ein und demselben Knochen, auch nach der Wachsthumsenergie der einzelnen Epiphyse. Bei der Applikation des Giftes per os treten die Veränderungen am Knochen nicht so prägnant hervor wie nach Einwirkung von Phosphordämpfen. Die Veränderungen zeigen sich am frühesten und deutlichsten bei rasch wachsenden Thieren. In keinem Falle ist es zum völligen Verschlusse der Markhöhle, wie bei den Hühnerversuchen Wegner's gekommen, wohl zu einer Verdichtung der Compacta an den Diaphysen der langen Röhrenknochen. Bei Tauben, welche in halbwüchsigem Zustande in den Versuch genommen wurden und in demselben bis zum Schlusse des Epiphysenwachsthums verblieben, zeigte sich Sklerose des Schädels und der Extremitätenknochen (Verdichtung der Diaphysenwände), so wie Verdichtung des proximal und distal von der Epiphysenlinie gelegenen Balkennetzes und stärkeres Hervortreten des Epiphysencallus gegenüber den Kontrollthieren.

v. S. knüpft an die Mittheilung der Versuchsergebnisse Betrachtungen über den muthmaßlichen Einfluss des Phosphors auf den wachsenden Knochen des Menschen (des gesunden und rachitischen Kindes). v. S. meint, dass wohl auch hier bei länger anhaltender Phosphorwirkung eine gewisse Sklerose der Knochen, wenn auch in weit geringerem Maße, eintreten wird wie beim wachsenden Organismus der Thiere. Bezüglich der Deutung der Erfolge, welche bei Rachitis mit der Phosphorbehandlung zu erzielen sind, ist nach theoretischen Voraussetzungen und Analogieschlüssen aus Thierversuchen allein nichts Bestimmtes zu behaupten. Möglicherweise wird

weniger kalkhaltiges Gewebe resorbirt. Um Aufklärung über die Verhältnisse zu bekommen, wäre ein genaues Studium von Obduktionsbefunden neben Untersuchung rachitischer, mit Phosphor behandelter Knochen mittels Durchleuchtung (vor und nach der Phosphordarreichung) von der größten Wichtigkeit.

Zum Schlusse bespricht v. S. die Frage, ob anzunehmen sei, dass bei Zündholzarbeitern, die noch vor beendigtem Epiphysenwachsthume die Fabrikarbeit aufnehmen, allgemeine Veränderungen des gesammten Knochensystems entstehen. Hierfür liegen nur zwei anatomische Befunde von Wegner und Rose vor. Im ersteren Falle fanden sich ossificirende Auflagerungen an den Kiefern bei intakten Zähnen und ohne Nekrose der Kiefer, so wie relativ starke osteoporotische Auflagerungsschichten an den Epi- und Apophysen der Röhrenknochen; im zweiten Falle eine ausgeheilte Nekrose der Kiefer, koncentrische Hyperostose der Röhrenknochen mit Einengung der Markhöhle. v. S. hat die Knochen an 3 Zündholzarbeitern mittels Röntgenstrahlen durchleuchtet und als auffällige Befunde konstatirt:

1) Bei einer 18jährigen Arbeiterin, welche seit dem 15. Lebensjahre in der Fabrik arbeitet: Bestehen des Epiphysenknorpels am Radius (Handgelenkstheil), starke Schattenbildung unterhalb des Epiphysentheiles der Tibia und Fibula (am Kniegelenksende).

2) Bei einer 24jährigen, seit dem 14. Lebensjahre in einer Zündholzfabrik thätigen Frau: deutliches Hervortreten des Epiphysencallus am Radius, starke Schattenbildung unterhalb des Epiphysentheiles der Fibula (am Kniegelenksende) und schließlich

3) Bei einem 31jährigen, seit dem 21. Lebensjahre in einer Zündholzfabrik arbeitenden Manne (welcher jüngst an Phosphornekrose des ganzen Unterkiefers erkrankte): deutliches Hervortreten des Epiphysencallus am Radius (Handgelenkstheil) und an der Fibula (Kniegelenkstheil) mit hohem und dunklem Schatten daselbst.

Der Vortr. hat in Hinsicht auf die erwähnten Durchleuchtungsbilder den Eindruck gewonnen, dass eine längere Zeit hindurch anhaltende Wirkung der Phosphordämpfe beim Zündholzarbeiter im Falle, dass die Phosphorwirkung vor beendigtem Knochenwachsthum oder zur Zeit des Wachsthumabschlusses beginnt, zu Verdichtung der Knochen an bestimmten Stellen führt. Weitere Untersuchungen werden wohl noch mehr Aufschlüsse gewinnen lassen.

(Selbstbericht.)

---

2) **F. Rubinstein** (Berlin). Über die Form der Knochenbrüche durch direkte Gewalt.

So wie bei den indirekten Knochenbrüchen, den Rissfrakturen (Fractures par arrachement Maisonneuve), die besonders genau studirt sind in Bezug auf die Brüche des unteren Radiusendes und die Brüche der Malleolen, eine typische Bruchform und typische

Veränderungen in der Konfiguration und der äußeren Form der umgebenden Weichtheile (z. B. Bajonettstellung der Hand zum Unterarm) feststehen, so kann man auch bei den Knochenbrüchen durch direkte Gewalt, in denen die Bruchstelle des Knochens der Stelle der Gewalteinwirkung entspricht, nach den Beobachtungen R.'s an Röntgenbildern eine typische Bruchform feststellen, deren Kenntnis eine theoretische und praktische Wichtigkeit hat. R. demonstrirt Bilder von 6 Fällen von Knochenbrüchen, bei denen es sich im Ganzen um etwa 14 zu Stande gekommene Frakturen handelt.

Das typische Bild des Knochenbruches durch direkte Gewalt ist nach R. eine Dreiecksform, die besonders deutlich an den platten Knochen und platten Knochenenden zu Tage tritt.

Fast jeder der einzelnen demonstrirten Fälle bietet etwas Besonderes. In einem Falle von Fraktur des unteren Radiusendes durch Auffallen einer schweren Eisenplatte auf die Handgelenksgegend (21jähriger Schriftsetzer) fehlten zunächst alle klinischen Bruchsymptome; es war weder Schwellung noch Dislokation vorhanden, nur Schmerz bei Druck auf das untere Radiusende. Die Behandlung bestand zunächst in Ruhigstellung im Schienenverbande und Massage. Als Pat. nach 3wöchentlicher Behandlung immer noch über Schmerzen klagte, wurde die Röntgenphotographie angefertigt. Sie ergab: Partielle Absprengung der unteren Radiusepiphyse mit schräg verlaufender Bruchlinie. Diese beginnt am radialen Rande etwa dort, wo die Epiphyse sich zum Schafte des Knochens verjüngt. Sie geht schräg etwa auf die Mitte des Knochenrandes am Gelenkspalt zu, erreicht diesen aber nicht, sondern hört nach einem Verlaufe von etwa 2 cm auf, so dass die Kontinuität der Knochensubstanz von da an nicht unterbrochen ist. Es handelt sich also entweder um einen Bruch mit Einkeilung oder lediglich um eine Knochenfissur. Nachträglich wird das nicht immer mit Sicherheit festzustellen sein. Dem Gelenkspalte zwischen Os lunatum und Os naviculare entsprechend beginnt eine zweite Fissur, die senkrecht aufsteigt und etwa bis zur Höhe des Anfangspunktes des Knochens reicht. Das viereckige Bruchstück, das sie nach außen begrenzt, erscheint mit dem unteren Rande gegen den Gelenkspalt vorgeschoben. Die Hand erscheint deutlich nach der radialen Seite herübergefallen, der Abstand zwischen der Ulnaepiphyse und dem Os triquetrum erscheint besonders groß.

Dieser Fall lässt wiederum erkennen, wie gut der Rath ist, jede halbwegs als Bruch verdächtige Verletzung als solchen zu behandeln.

Diese typische Bruchform betrifft besonders häufig die Köpfe platter, kurzer Knochen, die, wie gleichfalls das Röntgenbild ergiebt, ausschließlich aus Spongiosabälkchen bestehen. Verstärkungsschirme, die für Hand- und Fußaufnahmen ganz unnöthig sind, schwächen das feine Strukturbild der Knochensubstanz erheblich ab. R.'s typische Bruchform tritt besonders schön hervor in einem Falle von Bruch des Metatarsus primus durch Auffallen eines 2 Centner

schweren Eisenstückes bei einem 41jährigen Arbeiter. Auch hier ist die Bruchlinie nur am Rande deutlich, so dass dieselbe Frage entsteht wie vorher: Fissur oder Einkeilung?

In einem 3. Falle weist ein Fußbild 4 Knochenbrüche auf! Gebrochen sind: Der Metatarsus II und V, beide nahe ihrem oberen Ende. Die Basalphalanx der großen Zehe weist die typische Dreiecksform des Bruchstückes auf, doch ist hier die Bruchlinie vom inneren Großzehenrande bis zum Gelenksspalt zu verfolgen. Vom inneren Rand des Kopfes des Metatarsus I ist ein kleineres, dreieckiges Stück abgesprengt. Die durch Überfahren erfolgte Verletzung betraf einen 30jährigen Arbeiter. Die Brüche des Metatarsus I sind immer direkte, diejenigen, welche (nach Stechow und Anderen) der sog. »Fußgeschwulst« zu Grunde liegen, betreffen fast ausschließlich den II. und III. Metatarsus[1].

In einem weiteren Falle (Verletzung eines Zimmermanns durch Auffallen eines Balkens) sind die beiden Spitzen der unteren Radiusepiphyse abgesprengt. Die Frakturlinie vom Radialrande geht fast horizontal, leicht ansteigend zum Gelenksspalt hin. Das zur Articulatio radio-ulnaris inferior gewendete Bruchstück ist stärker dislocirt, seine Bruchlinie steigt schräger zum Gelenkspalt auf als die vorige und trifft mit dem ulnaren Ende der vorigen zusammen. Der deutlich sichtbare Callus umgiebt kappenförmig diesen Theil des unteren Radiusendes, berührt die anliegende Ulnapartie, füllt den Gelenksspalt aus und reicht hier, sich verschmälernd, fast bis zur äußeren Spitze des Radius. Sodann ist der Proc. styloideus ulnae abgebrochen, eine Fraktur, die häufig die typische Radiusfraktur begleitet, wie bereits früher von Herrn Geh.-Rath v. Bergmann angegeben worden ist. B. möchte aber noch auf Folgendes hinweisen. An diesem Bilde beginnt etwa 4 cm vom Gelenkspalt entfernt, nach dem Spatium interosseum zu, eine Periostverdickung der Ulna auf eine Strecke von 5—6 cm. Diese, von R. sympathische Periostschwellung der Ulna genannte Erscheinung fand R. u. A. auch bei infektiösen Processen im Handgelenke mit Knochenzerstörung am unteren Radiusende. Bei Frakturen des Radius aber deutet ihr Vorhandensein oft auf das Bestehen lineärer Frakturen der Ulna hin. So auch in diesem Falle. Von der Mitte der Periostschwellung zieht ein zackiger lineärer Spalt schräg nach unten außen. Dieses Bild lässt auch erkennen, dass überall über Frakturstellen und Periostverdickungen auch die äußeren Weichtheilkonturen verschoben (verdickt) sind. Die Röntgenphotographie fördert also nicht allein die direkte Kenntnis der Bruchformen und der Nebenverletzungen, sondern, richtig verwerthet, giebt sie auch klinisch-diagnostische Erkennungspunkte an die Hand. Man darf heute verlangen, dass jeder frakturverdächtige Fall röntgographirt wird.

[1] Vgl. auch Sammlung klinischer Vorträge N. F. No. 258. 1899. Oktober. G. Muskat. Die Brüche der Mittelfußknochen etc.



Der folgende Fall betrifft einen 42jährigen Arbeiter, der verletzt wurde durch Auffallen eines Balkens. Der rechte Radius weist einen schräg von außen oben nach unten innen verlaufenden Bruch auf, von jener Form, den man an der Tibia Flötenschnabelbruch nennt. Auch hier ist Fraktur des Proc. styloid. ulnae und sympathische Periostschwellung vorhanden. Zugleich ist der Radius um ca. 1 cm verkürzt. Der Bruch ist vor ca. einem Jahre erfolgt, Pat. kam zu mir, um ein Gutachten in einer Unfallsache zu erbitten. Der Bruch betraf hier die Radiusdiaphyse an der Grenze des unteren und mittleren Drittels. Stetter[2] sagt in Bezug auf diese Brüche: »Eine Verschiebung der Fragmente wird so gut wie ganz fehlen«. Wie man sieht, trifft das hier nicht zu. Ich verfüge noch über einen 2. Fall von Fraktur der Diaphyse des Radius (bei einem Redakteur), der ebenfalls mit Verkürzung angeheilt ist.

Das letzte Bild endlich zeigt die praktische Verwerthbarkeit der Kenntnis dieser typischen Bruchform. Ein Straßenbahnschaffner hatte sich 2mal im Laufe eines Jahres beim Heraushebeln festgerathener Wagen mit dem Hebel verletzt, den er zu diesem Zwecke benutzte. Die Last des Wagens hatte vermittels des Hebels mit ziemlicher Gewalt erst den einen, dann den anderen Fuß getroffen. Die Unfallrente sollte ihm nach kurzem Bezuge entzogen werden.

Angeblich konnte ein begutachtender Arzt keine Spuren eines stattgehabten Knochenbruches nachweisen. Ich fand aber auf dem Röntgenbilde beider Füße dieses Mannes eine deutliche Fraktur etwa in der Mitte des linken Metatarsus I, ferner an der Basalphalanx der rechten großen Zehe nach deren äußeren Rande zu ein keilförmiges, herausgesprengtes Knochenstück, dessen Einheilungslinien noch deutlich sichtbar waren.

Ich zweifle nicht, dass diese Feststellung bei der Entscheidung dieses Falles (und zahlreicher ähnlicher) eine wichtige Rolle spielen wird.

Vielleicht gelangen wir mit der Zeit dazu, auch für die Knochen regelmäßige Spaltlinien und Spaltrichtungen festzustellen, wie wir sie bei zahlreichen Erzen kennen (strahliger, faseriger, muscheliger Bruch). Die regelmäßige Struktur des Knochens macht ihr Vorhandensein wahrscheinlich. (Selbstbericht.)

---

3) Bunge (Königsberg i/Pr.). Zur Pathologie und Therapie der verschiedenen Formen der Gangrän an den unteren Extremitäten.

Bisher standen sich 2 Meinungen über die anatomische Deutung betreffs der Entstehung des eine Reihe von Extremitätengangränen verursachenden Gefäßverschlusses gegenüber. v. Winiwarter und mit ihm eine Reihe von Nachuntersuchern glaubten, dass es sich um

[2] Frakturen und Luxationen. Berlin, Georg Reimer, 1888. p. 77.

einen von dem Atherom der Gefäße zu trennenden Erkrankungsprocess der Gefäße, eine primäre, zum Gefäßverschluss führende Intimawucherung handele, eine Endarteritis obliterans. v. Zoege-Manteuffel ist dieser Meinung entgegengetreten. Nach ihm handelt es sich primär um eine Sklerose der Arterien; auf Grund dieser Sklerose kommt es auf dem Boden der durch diese bedingten Wandveränderungen zu autochthonen Thromben, die organisirt werden und so den mehr oder minder vollständigen Verschluss der Gefäße bedingen. Die von v. Winiwarter als primäre Endothelwucherung gedeuteten Verschlussmassen hält er für Produkte der Organisation von Thromben und weist auf die Schwierigkeit hin, derartige Produkte histologisch von primären Endothelwucherungen zu unterscheiden.

Bei der Bearbeitung dieses Themas wurden bisher so gut wie ausschließlich die Fälle von spontaner Gangrän (nach v. Zoege-Manteuffel treffender als präsenile zu bezeichnen) untersucht und zur Beurtheilung der zu Grunde liegenden Gefäßerkrankung herangezogen, während die als senile und im Gefolge bezw. in Kombination mit Diabetes auftretenden Formen keine Berücksichtigung fanden, trotzdem gerade bei diesen Formen Gefäßerkrankungen ähnlicher Art bekannt waren.

Vortr. hat alle 3 Formen der Gangrän in den Bereich der Untersuchung gezogen und ist auf Grund der Untersuchung von 14 einschlägigen Fällen zu Resultaten gekommen, die die Beurtheilung dieser Erkrankungsformen unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte gestatten. Es standen im Wesentlichen 3 Hauptfragen zur Beantwortung:

1) In wie weit sind in der die Gefäße verschließenden Masse Intimawucherungen nachweisbar und in wie weit Thromben mit den Endprodukten der Organisation?

2) Wie lassen sich dieselben histologisch von einander unterscheiden?

3) In welchem Verhältnisse steht die ganze Erkrankung zur Arteriosklerose?

Aus der Gefäßpathologie ist bekannt, dass in höherem Alter, wahrscheinlich schon in den 20er Jahren, Verdickungen an der Intima der Arterien, zumal an den unteren Extremitäten auftreten. Die Verdickungen treten entweder inselförmig, als Buckel an der Intima auf (Arteriosclerosis nodosa) oder röhrenförmig, cirkulär über eine größere Gefäßstrecke (Arteriosclerosis diffusa). Histologisch charakterisiren sich diese sklerotischen Intimawucherungen durch ihre Zusammensetzung aus einem derben, gefäßlosen, reichlich von neugebildeten, elastischen Fasern durchsetzten, kernarmen Gewebe, das zu regressiven Veränderungen (Verfettung, hyaline Entartung, Verkalkung) neigt. Bei Färbung auf elastische Fasern hebt sich dieses Gewebe meist scharf ab gegen das zellreiche, von Gefäßen durchzogene, an elastischen Fasern arme, häufig von Blutpigment-

schollen reichlich durchsetzte Gewebe, wie es bei der Organisation von Thromben entsteht. Die sklerotischen Intimawucherungen entstehen mit Vorliebe in der Gegend der Abgangsstelle von Gefäßästen, entweder direkt an der Abgangsstelle selbst oder gegenüber, oder auch zu beiden Seiten. Das, was die vorliegenden Erkrankungsformen auszeichnet und was, so weit die Untersuchung der großen Gefäße ausgeführt werden konnte, in allen Fällen nachgewiesen werden konnte, ist die auffallend starke Entwicklung der sklerotischen Verdickungen, die so hochgradig war, dass es zu den hochgradigsten, einem völligen Verschluss der Gefäße gleichzustellenden Stenosirungen der Gefäße an diesen Stellen kam. Hinter diesen Stenosirungen, die sich meist multipel fanden, kommt es in Folge der dadurch bedingten Cirkulationsstörungen zu Thrombenbildung mit dem Endausgange in Organisation. Bei Färbung auf elastische Fasern sind diese beiden Bildungen meist gut von einander zu unterscheiden. Diese, zum Fortschreiten in centraler und peripherer Richtung neigenden Thrombosirungen bilden eine der Hauptgefahren für das Leben der Extremität, da sie die Kollateralen zum Verschluss bringen. Eine weitere Gefahr ist das Vorkommen der sklerotischen Plaques gerade an den Abgangsstellen der Gefäße, so dass durch Einengung oder gar Verschluss dieser Abgangsstellen der Ausbildung von Kollateralen entgegengearbeitet wird. Der Abschluss der Krankheit, d. h. das Manifestwerden der Gangrän, wird fast regelmäßig durch frische, aufsteigende Thrombosen bedingt, die den Rest der noch als Ernährungsgefäße für die Extremität fungirenden Kollateralen an ihren Abgangsstellen von der Cirkulation absperren.

Es mag auffallend erscheinen, dass diese primären sklerotischen Verschlussstellen der Gefäße den Untersuchern bisher entgangen sein sollen. Diese Thatsache findet aber wohl dadurch ihre Erklärung. dass ihre Anzahl eine sehr schwankende ist, und dass man häufig sehr danach suchen muss.

So fanden sich in einem Falle von präseniler Gangrän im Verlaufe der ganzen Tibialis antica von der Dorsalis pedis an bis zur Abgangsstelle aus der Poplitea nur 4 derartige Verschlüsse bezw. Stenosirungen, während das Gefäß in seinem übrigen Verlaufe ausgefüllt war von einer Gewebsmasse, die als aus der Organisation von Thromben hervorgegangen angesehen werden musste. Die Länge der primär durch Plaques verschlossenen Gefäßlichtung schwankt sehr, zwischen wenigen Millimetern und mehreren Centimetern; letzteres kommt besonders vor bei der diffusen Form der Sklerose, die dann mit der nodösen Form kombinirt ist.

Regressive Veränderungen (hyaline Entartung, Verfettung, Verkalkung), die den Übergang zum eigentlichen Atherom der Gefäße bilden, fand Vortr. regelmäßig, auch bei jungen Personen.

Eine Form der Stenosirung fand sich besonders bei Diabetes in Folge eigenthümlich gelagerter und angeordneter Petrifikationen. Es entwickelten sich hier nach außen von der Elastica, zwischen Media

und Elastica, Petrifikationsherde, die die Elastica nach innen vorbuchteten und so eine Stenosirung des Gefäßlumens hervorriefen. Stets fand sich diese Form der Stenosirung, hinter der es ebenfalls zu Thrombosirungen kommt, kombinirt mit der erstbeschriebenen Form an anderen Stellen.

Auf Grund seiner Untersuchungen muss Vortr. sein Ansicht über die Pathogenese des ganzen Krankheitsprocesses dahin zusammenfassen, dass es sich primär um meist multipel auftretende, auf dem Boden sklerotischer Intimaverdickungen entstandener schwerer, bis zum lokalen Verschlusse der Arterien führender Stenosirungen des Arterienlumens handelt, hinter denen es zu auf- und absteigenden Thrombosen kommt. In diesen Thrombosen und der gleichzeitigen Verengung der Abgangsstellen von Seitengefäßen liegen die Hauptgefahren für das Leben der Extremität.

Falls diese Resultate eine Bestätigung für alle derartigen Fälle erfahren würden, würde es sich empfehlen, im Interesse einer möglichst prägnanten Nomenklatur von einer Arteriosclerosis obliterans zu sprechen, und den Ausdruck Endarteritis obliterans für die physiologische Obliteration von Gefäßen (Ductus Botalli etc.) und die ev. mykotischen Formen (Tuberkulose etc.) zu reserviren.

Die Therapie kann nach Manifestwerden der Gangrän nur eine chirurgische sein. Strittig ist noch die Frage, in welcher Höhe die Absetzung der Extremität erfolgen soll. Der Vorschlag Heidenhain's, bei seniler und diabetischer Gangrän stets am Oberschenkel zu amputiren, ist als zu weitgehend nicht zu befolgen; man kommt sehr häufig mit Absetzung am Unterschenkel aus, auch noch konservativeres Vorgehen hat, zumal bei jüngeren Individuen, Erfolge aufzuweisen, doch sind die Resultate unsicher.

Wichtig ist die Behandlung, so wie die ersten Symptome (rheumatische Schmerzen, intermittirendes Hinken, Fehlen des Pulses in den Fußarterien) auftreten. Hier helfen lange fortgesetzte Joddarreichung, wahrscheinlich durch Beeinflussung der sklerotischen Plaques, und Bäder (Moor- und Nauheimer Bäder), diese wahrscheinlich durch Begünstigung der Ausbildung von Kollateralen.

Beim Eintritt der Gangrän soll nicht zu lange auf eine Demarkation gewartet werden, da frische, aufsteigende Thrombosen sonst die Absetzung des Gliedes höher oben nothwendig machen können.

(Selbstbericht.)

---

4) **Kölliker** (Leipzig). Über Amputationsneurome.

K. demonstirt Amputationsneurome, die aufklärend in der Frage wirken dürften, warum viele Amputationsneurome vollkommen symptomlos bestehen, während andere den Anlass zu schwersten Neuralgien der Amputationsstümpfe geben.

Das Amputationsneurom an sich ist ja, wie die Trennungsneurome überhaupt, als regelmäßige Bildung zu betrachten. Es handelt sich

dabei um Fibroneurome, entstanden durch Bindegewebswucherung aus dem Endoneurium mit Hypertrophie der alten, nicht vermehrten Nervenfasern. Um diese Geschwülste zu schmerzhaften Neuromen umzuwandeln, muss ein besonderer Reiz oder ein entzündlicher Vorgang hinzutreten, der die Neuralgie veranlasst.

K. legt nun von einem Vorderarmamputationsstumpfe exstirpirte Neurome des Medianus und Ulnaris vor, die sehr bemerkenswerthe Verhältnisse darbieten. Am Medianusneurome inserirt sich ein breites Muskelbündel, während das Ulnarisneurom mit der Art. ulnaris so fest verwachsen war, dass ein Stück dieses Gefäßes mit entfernt werden musste. Nun liegt die Annahme nahe, dass am Medianus der Muskelzug, am Ulnaris die stetige Erschütterung durch die Pulsation der Arterie den Reiz gebildet haben, der die Neuralgie auslöste. (Selbstbericht.)

---

5) **Friedrich** (Leipzig). Demonstration einer Kranken mit angioneurotischer Pseudophlegmone des linken Armes.

Die Pat. F.'s, eine 26jährige Feldwebels-Frau, zog sich angeblich vor 8 Jahren eine Fischgrätenverletzung der linken Hand zu; seitdem leidet sie, mit $^1/_2$—$^3/_4$jährigen Pausen, an immer erneutem Auftreten phlegmoneähnlicher Schwellungen, mit intensiver Röthung und Schmerzempfindlichkeit, ausschließlich im Bereiche des linken Armes und der linken Schulter. Nicht weniger als 48 Incisionsnarben legen Zeugnis von dem aktiven Vorgehen der verschiedenen Ärzte ab, welche die Kranke in dem genannten Zeitraume behandelt haben. Nie entleerte sich bei oder nach den Einschnitten Eiter, fast stets ließ unmittelbar danach der Schmerz nach. Bemerkenswertherweise hat die genaue Untersuchung von kompetent neurologischer Seite unzweideutige Symptome von Hysterie nicht ergeben. Ausgeschlossen sind jegliche Beziehungen zu etwa chronischen Periostaffektionen, ausgeschlossen jeglicher infektiöser Charakter der Erkrankung.

Die Excision eines größeren Gewebsstückes auf der Höhe der letztmaligen Attacke hat mikroskopische Veränderungen ergeben, welche nicht ganz ignorirt werden können, hinsichtlich derer aber auf die Originalmittheilung zu verweisen ist. (Selbstbericht.)

---

6) **Friedrich** (Leipzig). Cystadenoma sudoriferum cutaneum diffusum benignum.

F. demonstrirt nach kurzer Besprechung eines Falles von diffusem gutartigen Schweißdrüsencystadenom der Haut das makroskopische Excisionspräparat, welches bis kastaniengroße Schweißdrüsenretentionscysten zeigt und in vielen Beziehungen an das Cystadenom der Mamma erinnert, und erläutert an der Hand der

gewonnenen mikroskopischen Präparate die Einzelheiten des Aufbaues dieser seltenen tumorähnlichen Bildungen. (Selbstbericht.)

---

7) **Sarwey** (Tübingen). Über Händedesinfektion.

S. berichtet über Händedesinfektionsversuche, welche gemeinsam von Prof. Paul und S. nach einer eigens hierfür ausgearbeiteten Versuchsmethode (vgl. Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 49) angestellt wurden.

Es werden zunächst die wesentlichsten Momente der Versuchsmethode erläutert und der für diese von Paul und S. konstruirte »sterile Kasten« demonstrirt; sodann folgt die Darlegung der Versuchsergebnisse an der Hand von Übersichtstabellen, so wie von Tafeln, auf welchen die nach 8tägiger Beobachtung im Brutschranke bei 37,5° C. in Formalin gehärteten, in Petri'schen Schalen befindlichen Agar-Nährböden in der Reihenfolge, wie sie beim Versuche zur Verwendung kamen, befestigt wurden.

A. Vergleichende Prüfung der 3 Verfahren zur Keimentnahme von den Händen.

(Abnahme durch Hölzchen, durch Seidenfäden und durch Fingereindruck in erstarrten Agarnährboden.)

1) Hölzchenmethode: Mit hartem sterilem Hölzchen werden die Volar- und Dorsalflächen beider Hände, so wie sämmtliche Interdigitalräume kräftig abgeschabt, sodann mit frischen Hölzchen die Nagelfalze und die Unternagelräume gesondert ausgekratzt; es folgt Einwerfen der Hölzchen in Reagensröhrchen mit 3 ccm sterilem Wasser und 5 Minuten langes Schütteln derselben; Aussaat auf Agar-Nährboden.

2) Seidenfadenmethode: Sterile Seidenfäden von 15 cm Länge werden zwischen den Volar- und Dorsalflächen der Hände und zwischen den Interdigitalräumen energisch hin- und hergewälzt, sodann frische Seidenfäden durch sämmtliche Unternagelräume gezogen; es folgt Einwerfen der Seidenfäden in Reagensröhrchen mit 3 ccm sterilem Wasser und 5 Minuten langes Schütteln derselben; Aussaat auf Agar-Nährboden.

3) Impressionsmethode: Die Fingerspitzen jeder Hand werden in Krallenstellung der Finger je 3mal hinter einander in erstarrten Agar-Nährboden tief eingedrückt; linke und rechte Hand wird gesondert geprüft.

Jede Horizontalreihe veranschaulicht die Anzahl der Keime, welche nach den 3 verschiedenen Verfahren von den Händen derselben Versuchsperson unmittelbar hinter einander abgenommen wurden. — Demonstration der die Resultate der Vergleichsversuche enthaltenden Tabelle und Tafeln.

Versuchsergebnisse.

Von den 3 Methoden zur Keimentnahme von den Händen ist die Hölzchenmethode die zuverlässigste und zweckmäßigte aus folgen- Gründen:

1) Mit Hölzchen können von den Händen unter denselben Versuchsbedingungen stets mehr Keime entnommen werden, als mit Seidenfäden oder durch Fingereindruck.

2) Die Hölzchenmethode ermöglicht die gesonderte Abnahme der Keime von den Handflächen, von den Nagelfalzen und von den Unternagelräumen, während mittels der Seidenfadenmethode nur die Handflächen und die Unternagelräume getrennt geprüft werden können, und die Eindruckmethode sich nur auf einzelne Theile der Handoberfläche erstreckt.

3) Von den Hölzchen können durch Einwerfen und Schütteln derselben in Reagensröhrchen mit sterilem Wasser die Keime losgesprengt und gleichmäßig im Agar-Nährboden vertheilt werden; diese gleichmäßige Vertheilung der Keime im Agar-Nährboden lässt sich bei der Seidenfadenmethode nur schwer und nicht in demselben Maße, bei der Impressionsmethode überhaupt nicht herbeiführen.

B. Bakteriologische Prüfung der Hände mit Benutzung des sterilen Kastens.

1) Nach vorausgegangener Heißwasser-Alkoholdesinfektion nach Ahlfeld's Angaben.

(Vgl. Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 51.)

Die Tabelle und die Tafeln der 12 Versuchsreihen werden demonstrirt; die Versuchsergebnisse lassen sich dahin zusammenfassen:

Normale, mit zahlreichen Keimen behaftete Tageshände erleiden durch die Heißwasser-Alkoholdesinfektion (nach Ahlfeld's Angaben) eine derartige Änderung in ihrer bakteriologischen Beschaffenheit, dass ihnen im Vergleiche zu vorher nur sehr wenige Keime mit harten Hölzchen entnommen werden können. Nach längerem Aufenthalte der Hände in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung wird die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in **allen** Fällen ermöglicht.

Aus den Versuchen geht daher mit Bestimmtheit hervor, dass im Gegensatze zu Ahlfeld's Behauptungen die Hände mittels der Heißwasser-Alkoholdesinfektion **nicht keimfrei** gemacht werden können.

2) Nach vorausgeganger Desinfektion mit Seifenspiritus (spirit. saponat.) nach v. Mikulicz.

Die Tabelle und die Tafeln der 12 Versuchsreihen werden demonstrirt; die Versuchsergebnisse lassen sich dahin zusammenfassen:

Normale mit zahlreichen Keimen behaftete **Tageshände** erleiden durch die Seifenspiritusdesinfektion nach v. Mikulicz eine derartige Änderung in ihrer bakteriologischen Be-

schaffenheit, dass ihnen im Vergleiche zu vorher nur sehr wenige Keime mit harten Hölzchen entnommen werden können; nach längerem Aufenthalte der Hände in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung wird die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in **allen** Fällen ermöglicht.

3) Nach vorausgegangener Desinfektion mit Original-Wachsmarmorseife nach C. L. Schleich.

Die Tabelle und die Tafeln der 12 Versuchsreihen werden demonstrirt; Versuchsergebnisse:

1) Von den mit sterilem Wasser befeuchteten, unvorbereiteten Tageshänden können bei allen Versuchspersonen mittels harter Hölzchen zahlreiche Keime entnommen werden.

2) Nach Waschung der Hände mit Original-Wachsmarmorseife in fließendem sterilem Wasser und mit genauer Einhaltung der in den »Neuen Methoden der Wundheilung etc.« von C. L. Schleich (Berlin 1899, p. 127 ff) angegebenen Vorschriften konnten **in allen Fällen mit Hölzchen sehr zahlreiche Keime abgenommen werden,** auch dann, wenn die Zeit der Waschung von 15 Minuten auf 30 Minuten ausgedehnt wurde.

3) In allen 12 Versuchsreihen gingen von den mit Schleich-scher Seife in dieser Weise behandelten Händen bei 5 Minuten langem Verweilen unter Waschbewegungen in sterilem, ca 37,5° heißem Wasser sehr zahlreiche Keime in dieses über.

4) Hieraus ergiebt sich mit Bestimmtheit, dass die Hände durch Waschung mit Wachsmarmorseife nicht keimfrei gemacht werden können, ja dass der Keimgehalt der Hände nach dieser Waschung noch sehr groß ist.

Diese Thatsache steht in direktem Widerspruche mit den von Schleich mitgetheilten bakteriologischen Prüfungen, welche in weitaus den meisten Fällen Sterilität der Hände ergaben (vgl. neue Methoden der Wundheilung p. 128—134 und 140—145), und dem von ihm (p. 124) aufgestellten Satz: »Sterilität der Röhren in mindestens 97% — das ist die Forderung, welche erfüllbar ist«.

Dieser Widerspruch ist im Wesentlichen auf die von Schleich angewendete Versuchsmethode zurückzuführen, bei welcher die mit einer Platinöse von den Händen entnommenen Keime als Stichkulturen in Nährgelatine bei Zimmertemperatur gezüchtet wurden. In einigen Versuchsreihen, welche zum Vergleiche nach der Schleich-schen Versuchsanordnung — Abnahme mit der Platinöse, Anlegung von Stichkulturen in Nährgelatine, Beobachtung bei Zimmertemperatur — angestellt wurden, konnte erst nach mehrtägiger Beobachtung und dann auch nur in einzelnen Reagensröhrchen ein äußerst spärliches Wachsthum wahrgenommen werden, während bei den gleichzeitig von denselben Versuchshänden mit Hölzchen entnommenen Proben auf Agar-Nährboden bei 37,5° schon nach 24 Stunden ein üppiges Wachsthum erfolgte.

5) Es sei noch hinzugefügt, dass einigen Versuchsreihen eine mehrere Wochen hindurch fortgesetzte, täglich wiederholte Vorbereitung der Versuchshände mit Schleich's Original-Wachsmarmorseife vorausgeschickt wurde, und die betreffende Versuchsperson, welche während dieser Zeit mit keinem chemischen Desinficiens in Berührung kam, keine Mühe scheute, sich das Schleich'sche Verfahren zu eigen zu machen.

Schussfolgerungen.

1) Von den verschiedenen Methoden zur Keimentnahme von den Händen ist die von Fürbringer inaugurirte Hölzchenmethode unter allen Umständen die zuverlässigste und zweckmäßigste.

2) Die Heißwasser-Alkoholdesinfektion nach Ahlfeld und die Seifenspiritusdesinfektion nach v. Mikulicz sind nicht im Stande, die Hände keimfrei zu machen, wohl aber gelingt es mittels beider Methoden in annähernd gleichem Maße, die mit den gewöhnlichen Handkeimen massenhaft beladenen Hände sehr keimarm zu machen.

3) Die mit der Wachsmarmorstaubseife nach den Angaben von C. L. Schleich vorgenommene rein mechanische Desinfektion der Hände ist nicht im Stande, eine wesentliche Verminderung der Keime, geschweige denn eine Sterilität der Hände herbeizuführen.

(Selbstbericht.)

---

8) **Vollbrecht** (Düsseldorf). Seifenspiritus in fester Form zur Haut- und Händedesinfektion.

Das auf dem Kongresse vorgelegte Präparat ist ein hochprocentiger Alkohol, welcher, durch Zusatz von Seife festgemacht, die Desinfektion der Haut und Hände ohne Mitverwendung von Wasser gestattet.

Die während eines ganzen Jahres gemachten Versuche, aus Alkohol und Seife ein festes Desinfektionsmittel herzustellen, haben ergeben:

1) Nicht jede Natronseife eignet sich zum Festmachen von Alkohol. Dies gilt z. B. von der gewöhnlichen Natron-Talgseife des Handels, welche in Verbindung mit Alkohol körnige krystallinische Stearate ausscheidet und beim Waschen einen schmierigen Rückstand auf der Haut hinterlässt, so dass das Festhalten der Instrumente erschwert wird. Auch Gemische von Natron- und Kaliseifen eignen sich schlecht.

2) Natronseifen fester Fette sind in hervorragender Weise befähigt, Alkohol fest zu machen und mit diesem zusammen eine außerordentlich feine Emulsion zu bilden, frei von dem Nachtheile, bei der Desinfektion einen schmierigen Rückstand auf der Haut zu hinterlassen.

Zu dem von V. vorgelegten Präparate ist eine Kokosfettseife verwandt worden, eine Seife, welche im Handel als gute Mandelseife

käuflich ist. Das Präparat ist von dem einjährig-freiwilligen Militärapotheker Herrn Falck in Breslau hergestellt.

3) Der Zusatz von Seife darf um so geringer sein, je hochprocentiger der Alkohol ist.

4) Die desinficirende Kraft des Alkohols steigt mit seiner Koncentration.

Zu dem vorliegenden Präparate ist ein Alkohol von 97 Volumprocent verwandt worden, zum Festmachen sind 5—6% Seife zugesetzt. Die Wirkung auf die Haut ist entschieden eine andere, als wenn die Desinfektion nur mit 96%igem Alkohol vorgenommen wird. Wenn man dieser den Vorwurf gemacht hat, sie sei eine Scheindesinfektion und gerbe die Haut, so trifft das bei den festem Seifenspiritus, wo gleichzeitig Alkohol und Seife in feinster Emulsion auf die Haut gebracht werden, nicht zu. Hierbei ist und bleibt die Haut weich und geschmeidig, und von einem Gerben derselben kann keine Rede sein.

Der feste Seifenspiritus wird in folgender Weise hergestellt:

60 g gute Mandelseife des Handels werden geschabt und in einem Glaskolben nach Zusatz einer hinreichenden Menge von Alkohol (97%ig) im heißen Wasserbade gelöst. Nach der Lösung wird der Spiritus bis zu 1 Liter aufgefüllt. Die flüssige Masse wird in geeignete Formen ausgegossen und nach dem Erstarren in Stücke geschnitten. In Staniol verpackt ist sie gut haltbar. Oder aber die flüssige Alkoholseife wird in eine Art Flaschenkapsel gegossen, welche nach dem Festwerden des Inhaltes durch 2maliges Umbiegen ihres offenen Endes geschlossen wird. Derartige »Patronen«, enthaltend 35 g, hinreichend zu einer einmaligen Desinfektion, werden demonstrirt. Drittens kann man aus der flüssigen Alkoholseife eine Art Cream herstellen, welches in Zinntuben gefüllt wird (Demonstration). Der Schmelzpunkt des Präparates liegt bei etwa 43° C., so dass man Patronen, wie die von V. hergestellten, unbesorgt in der Tasche tragen kann.

Die Herstellungskosten des festen Seifenspiritus sind außerordentlich gering: 1 Liter unversteuerter Spiritus (unter Berechnung der Maischbottigsteuer) = 40 ₰, 60 g Seife = 4 ₰; in Summa 44 ₰. Aus einem Liter Spiritus werden etwa 30 Patronen à 35 g hergestellt, so dass sich der Inhalt jeder Patrone auf 1,5 ₰ stellt.

Die Desinfektion der Haut und Hände ohne Mitverwendung von Wasser erfolgt derart, dass der auf eine sterile Handbürste aufgetragene feste Seifenspiritus 5 Minuten lang kräftig in die Haut eingerieben wird. Der Alkohol verdunstet dabei langsam auf der Haut; der Rückstand von Seife ist außerordentlich gering, zu gering, um die Hände schlüpfrig und für das Fassen von Instrumenten ungeeignet zu machen. Zum Schäumen der Seife kommt es nicht, dazu müsste man nachträglich Wasser anwenden. Die Haut wird nicht im Mindesten angegriffen.

Die desinficirende Wirkung ist in folgender Weise geprüft: Die Hände — gewöhnliche Tageshände, Hände, welche mit Staphylococcus aureus, prodigiosus, pyocyaneus inficirt waren, wurden nach 5 Minuten langer Desinfektion mit dem festen Seifenspiritus in sterilem Wasser und dann in sterilem Gipswasser (1 : 500) abgespült, um jede Spur von Seife zu entfernen. Dann wurden die Hände in sterilen Tüchern abgetrocknet, und Fingerkuppen und Knöchel in die Nährböden gedrückt, welche bei Brutschranktemperatur gehalten und nach 24, nach 48 Stunden und nach längerer Zeit geprüft wurden. Zum Vergleiche der Desinfektionskraft sind Händedesinfektionen nach der Fürbringer'schen Methode und nach derjenigen von v. Mikulicz mit dem officinellen Seifenspiritus vorgenommen. Die Resultate waren gute, der feste Seifenspiritus leistet so viel wie jene Methoden, eine Erfahrung, welche durch die in der v. Mikulicz'schen Klinik gemachten Nachprüfungen bestätigt wurde.

V. hat den festen Seifenspiritus auch noch hergestellt mit einem Zusatz von feingeriebenem und ausgeglühtem Bimstein; der mechanische Effekt wird dadurch erhöht, so dass die Bürste vielleicht entbehrlich ist.

Auch sind zu dem Alkohol Zusätze von Lysol, Formalin, 1 bis 2%, gemacht, von Myrrhenharz, letzteres in der Idee, einen feinen harzigen Hautüberzug herzustellen. Doch ist bei diesen Modifikationen eine stärkere desinficirende Wirkung nicht aufgefallen. Das gleiche gilt von Versuchen mit einer Seife, welche freie Fettsäure und einer solchen, welche freies Alkali enthielt.

Kurz zusammengefasst sind die Eigenschaften des festen Seifenspiritus:

1) Er wirkt so sicher wie das Fürbringer'sche Verfahren und wie das von v. Mikulicz angegebene mit dem officinellen Seifenspiritus.

2) Er ermöglicht die Haut- und Händedesinfektion ohne Mitverwendung von Wasser.

3) Er macht die Hände nicht schlüpfrig derart, dass das Fassen der Instrumente erschwert wäre.

4) Er ist in der gewählten Verpackung haltbar und beständig.

5) Er ist billig.

V. hält den festen Seifenspiritus für gut geeignet in erster Linie zur Verwendung in der Kriegschirurgie, sodann für den praktischen Arzt, vornehmlich für den Landarzt.

Anmerkung: Praktisch wichtig ist, dass der feste Seifenspiritus angezündet zum Ausglühen von Instrumenten dienen kann.

(Selbstbericht.)

---

9) **Blumberg** (Leipzig). Demonstration neuer Operationshandschuhe.

Nachdem durch die bakteriologischen Untersuchungen der Nachweis gebracht war, dass die Hände des Operateurs sich absolut nicht mit Sicherheit sterilisiren lassen, traten v. Mikulicz, Zoege v. Manteuffel, Friedrich, Döderlein, Küstner u. A. für die Verwendung von sicher sterilisirbaren Operationshandschuhen ein. Es wurden nun verschiedene impermeable Handschuhe hergestellt (Wölfler, Friedrich, Perthes, Döderlein), die jedoch alle, so große Vorzüge sie auch sonst haben, in zwei Beziehungen bei ihrer Anwendung bei Operationen bisweilen gewisse technische Schwierigkeiten bieten:

Erstens nämlich ist es ziemlich schwierig, mit dem während der Operationen durch Blut, Desinfektionsflüssigkeit, Ascitesflüssigkeit, Tavel'sche Lösung etc. feucht werdenden Handschuh die chirurgischen und geburtshilflichen Instrumente mit Sicherheit zu gebrauchen, ohne dass sie der Hand entgleiten, zweitens aber gelingt es nicht immer leicht beim Gebrauche der Handschuhe, die mit glatten schlüpfrigen Oberflächen versehenen Organe, an denen operirt werden soll, auch nur kurze Zeit in einer bestimmten Lage zu halten, was zur Ausführung der Operationen natürlich unbedingtes Erfordernis ist. Ich erinnere, um Beispiele anzuführen, an sämmtliche Operationen am Magen- und Darmkanale, an der Leber so wie an die großen gynäkologischen Operationen, Myomektomien, Exstirpation von Ovarientumoren etc., ferner besonders an die geburtshilfliche Wendung; ja mehr oder weniger spielt dieser Faktor eine bedeutende Rolle bei fast allen Operationen überhaupt, wie Amputationen, Exartikulationen und Resektionen von Gelenken und Arthrodesen etc.

Um diesen Übelständen abzuhelfen, hat B. in den Handschuhen, die er demonstrirt, ein neues Princip zur Ausführung gebracht, welches es ermöglicht, auch mit feuchten Handschuhen alle Instrumente sicher zu handhaben und Organe mit Sicherheit in bestimmter Lage beliebig lange Zeit zu halten, ja selbst mit größerer Sicherheit, als mit der bloßen, nicht behandschuhten Hand. Er lässt nämlich Gummihandschuhen an allen zum Greifen, zum Fassen von Instrumenten und Organen dienenden Stellen eine rauhe Oberfläche geben, während die zum Fühlen verwendeten Stellen (z. B. die äußersten Fingerkuppen) event. glatt bleiben können, so dass das Tastgefühl nicht beeinträchtigt wird.

Er ist auf dieses Princip gekommen, indem er sich überlegte, welches der Grund dafür sein könnte, dass man mit der bloßen Hand, auch wenn sie feucht ist, Gegenstände immerhin doch mit weit größerer Sicherheit festhalten kann, als wenn man glatte Gummihandschuhe anhat. Es ist klar, dass dieses nur daran liegen kann,

dass die normale Handoberfläche zahlreiche Fältchen und Handlinien aufweist, durch welche eben ihre Oberfläche einen gewissen Grad von Rauhigkeit besitzt. Wendet man dieses Moment bei den Handschuhen an, so kann man über das von der Natur bei der Handoberfläche Geleistete hinausgehen, indem man den Handschuhen eine beliebig starke Rauhigkeit der äußeren Oberfläche verleihen und dadurch die günstige Wirkung in unerwarteter Weise steigern kann.

Die in mannigfachster Weise vorgenommene Ausführung dieses Principes wird an vorgelegten Handschuhen demonstrirt: Erstens einmal ist die Rauheit der Oberfläche bei den verschiedenen Handschuhen in verschieden starker Weise, und zwar in drei verschiedenen Graden der Rauheit, einem schwachen, einem mittelstarken und einem sehr starken Grade, zum Ausdruck gebracht. Ferner sind, was die Stellen anbetrifft, an denen die rauhe Oberfläche hergestellt ist, bei den einen nur die Finger — z. Th. mit Ausnahme der äußersten Fingerkuppen — mit rauher Oberfläche versehen, und zwar theils nur die äußersten Fingerglieder, theils die Finger im Ganzen; bei anderen sind nicht alle Finger in dieser Weise gestaltet, sondern nur diejenigen, die hauptsächlich zum Greifen in Verwendung kommen, nämlich Daumen, Zeige- und Mittelfinger; bei anderen wiederum ist außer der Fingeroberfläche auch die Oberfläche der Vola manus rauh gemacht worden. Um schließlich denselben Handschuh sowohl für die rechte als auch für die linke Hand gebrauchen zu können, hat B. alle diese Ausführungsarten auch so herstellen lassen, dass sowohl die Rücken- als auch die Hohlhandfläche des Handschuhes nach den bezeichneten Methoden ausgestattet wurde.

Die so hergerichteten Handschuhe bieten in gleicher Weise die größten Vortheile für chirurgische wie geburtshilfliche Operationen.

Die Sterilisation der Handschuhe erfolgt in gewöhnlicher Weise durch Auskochen in Wasser. Die rauhe Oberfläche bleibt hierbei unversehrt, da auch sie wie überhaupt der gesammte Handschuh aus einer zusammenhängenden Masse von Gummi besteht.

Die in oben beschriebener Weise hergestellten Handschuhe können sowohl in Gestalt kurzer, nur bis zum Handgelenk reichender, als auch langer, auch auf den Arm sich erstreckender Handschuhe zur Verwendung kommen; ferner werden sie sowohl kondome-dünn als auch (für weniger subtile Operationen) etwas dicker hergestellt.

Dasselbe Princip der rauhen Oberfläche hat B. auch bei zu anderen medicinischen Zwecken dienenden Handschuhen (z. B. Sektionshandschuhen) zur Ausführung bringen lassen.

Das Anziehen der Handschuhe erfolgt außerordentlich leicht, wenn man in dieselben steriles Wasser einfüllt, wodurch die Handschuhfinger entfaltet, an der Innenfläche schlüpfrig und zugleich etwas ausgedehnt werden, oder aber, indem man in die

Handschuhe eine geringe Menge sterilisirten Talk hineinschüttet; letzteres Verfahren hat sich an der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig sehr bewährt. Zu demselben Zwecke kann auch Zinkpuder verwendet werden.

Es braucht wohl nicht besonders hinzugefügt zu werden, dass die Handschuhe unbedingt tadellos auf die Hand aufgezogen werden müssen, und dass nicht etwa, wie man dies öfters sieht, die Handschuhe an den Fingerspitzen überstehend gelassen werden. Da sie in zahlreichen verschiedenen Größen geliefert werden, ist diese Bedingung mit Leichtigkeit zu erfüllen.

Verwendet man die Handschuhe zum Touchiren, so fette man sie an allen mit den Genitalien in Berührung kommenden Stellen mit Vaseline ein.

Nach dem Gebrauche müssen die von Wasser etc. feuchten Handschuhe möglichst bald gut abgetrocknet und dann noch hoch über einer freien Flamme, jedoch natürlich sehr vorsichtig nachgetrocknet werden; danach behalten sie ihre ursprüngliche Gestalt bei.

B. demonstrirt eine Methode, welche es gestattet, Handschuhe, bei denen z. B. bei Gelegenheit des Ausziehens derselben sich die Finger umgestülpt haben, unter absoluter Schonung des Handschuhes wieder auf die richtige Seite zu wenden. Diese Procedur stößt bekanntlich auf recht große Schwierigkeiten und bedeutet für Denjenigen, der den Zweck in nicht rationeller Weise zu erreichen sucht, eine sehr große Geduldsprobe. Überaus leicht auszuführen und zugleich schonend ist dagegen folgende Methode, bei welcher man durch den Druck der Luft die Umkrempelung bewerkstelligt: Man fasst den Handschuh mit je zwei Fingern der beiden Hände an zwei einander diametral gegenüber liegenden Punkten der dem Handgelenke entsprechenden Öffnung des Handschuhes. Durch ganz leichten Zug spannt man diese Partie und lässt um sie als Achse den übrigen Handschuh einige Male durch leichten Schwung sich herumdrehen. Das Handschuhinnere ist auf diese Weise völlig gegen die äußere Luft abgeschlossen, und es gelingt nun, indem man mit den Fingern vorsichtig auf den so entstandenen mit Luft gefüllten Ballon drückt, leicht, sämmtliche Finger durch die in dieselben einströmende Luft zur Umkrempelung zu bringen (Demonstration). Dasselbe ist natürlich auch nach Einblasen von Luft in den Handschuh und Zuhalten seiner Öffnung durch Druck auf den Handschuh zu erreichen, allerdings ein weniger elegantes Verfahren.

Da nunmehr die Autoren (Zweifel, Krönig, v. Mikulicz, Gottstein, Döderlein, Blumberg, Paul und Sarwey, Sänger, Schenk und Zaufal u. A.) in der Unsicherheit der Händedesinfektionsmethoden völlig übereinstimmen, und der unwiderlegliche Nachweis erbracht ist, dass bei aseptischen Operationen gerade von den Händen des Operateurs und seiner Assistenten den Wunden die größte Gefahr droht, ist die Ver-

wendung von impermeablen Handschuhen, die uns vor dieser gefährlichen Infektionsquelle mit absoluter Sicherheit schützen, in möglichst großem Umfange dringlichst zu empfehlen.

Ganz besonders gefährlich sind selbst die unscheinbarsten Verletzungen der Hände des Operateurs; denn u. A. gelang es B. öfters, während von den übrigen Theilen der Hände keine Keime zur Entwicklung zu bringen waren, von ganz oberflächlichen Kratzwunden sehr zahlreiche Kolonien von pathogenen Bakterien nachzuweisen.

Geradezu unentbehrlich aber werden die Handschuhe, wenn, wie bei starker Blutung (z. B. post partum, post operationem etc.), zur Desinfektion der Hände nicht genügend Zeit verwendet werden kann.

Andererseits aber bieten die impermeablen Handschuhe bei Operationen in inficirtem Gebiete (Eiterungen, tuberkulöse, luetische Processe, Febris intra partum etc.) absoluten Schutz gegen Infektion der Hand des Operateurs, ein Moment, welches nicht nur für den Arzt, sondern nach dem oben Erwähnten auch für die von demselben Operateur nachher noch zu behandelnden Pat. von größter Wichtigkeit ist.

Hergestellt sind die Handschuhe in der Gummiwarenfabrik von Zieger & Wiegand in Leipzig-Plagwitz. Wie die Fabrik mittheilt, wird ihr Preis den der billigsten bisher hergestellten Gummihandschuhe nur um ein Geringes übersteigen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bunge (Königsberg i/Pr.) erinnert an seine Ausführungen vor 2 Jahren; er konnte damals schon auf Grund von 100 Einzeluntersuchungen berichten, dass mit der Heißwasser-Alkoholdesinfektion niemals eine Sterilisation der Haut zu erzielen sei. Die Resultate des Herrn Sarwey in diesem Punkte sind somit lediglich eine Bestätigung. Bei den Untersuchungen über das Resultat der Händedesinfektion geht man meist zu schematisch vor; es wird meist nur der Unternagelraum untersucht, die übrigen Theile der Hand meist vernachlässigt. Besondere Berücksichtigung verdienen die behaarten Hautpartien, da der Keimgehalt der Haut hier meist größer ist. Sowohl in den Anhangsdrüsen der Haare, als auf der Oberfläche der Haare selbst finden sich Bakterien nach der Desinfektion, die leicht beim Operiren abgestreift werden können. An der Königsberger Klinik sind daher auch jetzt noch Zwirnhandschuhe im Gebrauche. Um eine zu starke Ausbreitung und Vermehrung der Bakterien in den durchfeuchteten Handschuhen zu verhindern, werden die Handschuhe in neuerer Zeit mit Sublimat getränkt, ohne Schaden für die Wunden, auch bei Laparotomien. Die Wundverhältnisse sind durch die Handschuhe gegen früher verbessert. (Selbstbericht.)

Samter (Königsberg) meint, dass zur Kontrolle aller Händedesinfektionsmethoden auch die von ihm und Lauenstein angegebene Methode mit herangezogen werden müsse.

v. Küster (Berlin) vertritt die Ansicht, dass die Zwirnhandschuhe, sobald sie feucht werden, in keinem Falle das Hindurchtreten von Bakterien von den Händen in die Wunde verhindern. Den Kondomgummihandschuhen haftet der Nachtheil an, dass sie bald sehr zerreißlich werden und nur mit Flüssigkeit gefüllt angezogen werden können.

Sprengel (Braunschweig) hat oft mit Gummihandschuhen operirt und ist mit denselben sehr zufrieden. **R. v. Hippel** (Dresden).

Krönig (Leipzig): K. und Blumberg haben in der Leipziger Frauenklinik (Geh.-Rath Zweifel) ebenfalls neue Versuche über Händedesinfektion angestellt und haben eine wesentlich andere Versuchsanordnung eingehalten als die von Sarwey mitgetheilte. Während Sarwey die Tageshand auf die Möglichkeit der Abnahme von Bakterien nach verschiedenen Desinfektionsmethoden prüfte, sind K. und Blumberg davon ausgegangen, die Hände vorher mit bestimmten Bakterienarten zu beschicken. Sie erachten dies aus dem Grunde für nothwendig, weil man sonst bei Entnahme von der desinficirten Tageshand im Falle des Erscheinens von Kolonien auf den künstlichen Nährböden allerdings die Deutung machen kann, dass die Desinfektion ungenügend war, dagegen im Falle des Ausbleibens von Wachsthum auf dem künstlichen Nährboden kein sicheres Urtheil über die Wirksamkeit des Antisepticums fällen kann. Zur Beschickung der Hautoberfläche wurde bei den Versuchen der Micrococcus tetragenus benutzt, weil diese Bakterienform den großen Vortheil hat, für den Menschen nicht pathogen, dagegen für Versuchsthiere, speciell für die weiße Maus, hochinfektiös zu sein.

Bei Übertragung von Hautabschabseln oder excidirten Hautstückchen nach der Desinfektion auf den Thierkörper erachten es K. und Blumberg nicht für nothwendig, das angewendete Desinfektionsmittel mechanisch vollständig zu entfernen oder chemisch unwirksam zu machen, weil dies den natürlichen Verhältnissen bei der Operation nicht entspricht; es darf vielmehr eine vorher inficirte Haut dann als genügend desinficirt angesehen werden, wenn bei Übertragung von Hautabschabseln auf den empfänglichen Thierkörper dieser nicht mehr inficirt wird. Aus diesem Grunde ist der Thierversuch der Übertragung auf künstliche Nährböden als Methode der Prüfung einer erfolgreichen Desinfektion der Hände weit vorzuziehen.

Die specielle Versuchsanordnung konnte wegen der Kürze der Zeit nicht aus einander gesetzt werden, es wurde vielmehr für alle Einzelheiten auf ihre im Verlage von Georgi erschienene Monographie »Beiträge zur Händedesinfektion« verwiesen, nur die Art der Entnahme wurde kurz geschildert.

Es wurde steriler, mit Bouillon angefeuchteter Marmorstaub genommen, mit diesem nach der Desinfektion die Hände 5 Minuten lang abgerieben und dann, unter Zusatz von etwas mehr Bouillon,

die Marmorstaubaufschwemmung abgespritzt und in sterilen Schalen aufgefangen. Die Marmorstaubaufschwemmung wurde den Versuchsthieren subkutan beigebracht, und zwar in einer Menge von je 1 ccm. Von den Resultaten seien die wichtigsten mitgetheilt: Wurde die Haut mit Leitungswasser von 24° C., Bürste und Schmierseife energisch behandelt, so war das Resultat nach 5 Minuten langer Desinfektion folgendes: alle 6 geimpften Mäuse starben, aber nur bei 5 konnte bei der Sektion im Milzsafte mikroskopisch Tetragenus nachgewiesen werden. Von den an Tetragenus verstorbenen erlag eine Maus am 4. Tage nach der Impfung, eine Maus am 5. Tage nach der Impfung, zwei Mäuse 6 Tage nach der Impfung und eine Maus erst am 7. Tage nach der Impfung der Infektion.

Wurde die Haut 12 Minuten lang mit Wasser und Seife gebürstet, so starben von 6 Mäusen immer noch 3 an der Infektion.

Diese Resultate bestätigen also im Allgemeinen das von Sarwey bei der Desinfektion der Tageshand Berichtete.

Noch schlechter waren die Resultate, wenn statt der Schmierseife und Bürste die von Schleich empfohlene Marmorseife benutzt wurde. Von 13 Mäusen, welche mit der Marmorstaubaufschwemmung, nach 10 Minuten langer Behandlung der Hände mit Schleich'scher Seife, geimpft waren, starben alle an Infektion.

Während K. und Blumberg also bezüglich der rein mechanischen Desinfektion ganz dem von Herrn Sarwey Gesagten zustimmen, können dieselben ihm nicht darin beipflichten, wenn er behauptet, dass die Heißwasser-Alkoholdesinfektion der Hände zur Zeit diejenige Methode ist, welche die Hände am relativ keimärmsten macht. Wurde die mit Tetragenus inficirte Haut 5 Minuten lang mit heißem Wasser und Schmierseife und darauf 5 Minuten lang mit Alkohol nach den Vorschriften von Ahlfeld gebürstet, so war das Resultat der Übertragung des Entnommenen auf Mäuse folgendes: Von 12 Mäusen starben noch 8 an Tetragenusinfektion. Viel günstigere Resultate erhielten K. und Blumberg dann, wenn sie eine Kombination der mechanischen Desinfektion mit nachfolgender chemischer Desinfektion, und zwar mit einer Quecksilbersalzlösung anwendeten. Die Resultate sind zwar noch nicht ganz abgeschlossen, aus dem Grunde, weil eine Störung in der Versuchsanordnung sich geltend machte, bedingt durch den manchmal erfolgenden Tod des Versuchsthieres an Quecksilbervergiftung.

Es wurden speciell Versuche angestellt mit einer Sublimatlösung und einer von der Firma Schering in Berlin hergestellten Quecksilberäthylendiaminlösung, letztere in einer Koncentration von 1 : 100 und 1 : 300, Sublimatlösung in der Koncentration 1 : 1000[1].

---

[1] Die Zusammensetzung der benutzten Lösung war folgende: In 100 g der von der Firma Schering gelieferten 10%igen Lösung sind enthalten:

4 g Athylendiamin,
10 » citronensaures Quecksilber,
86 » Wasser.

Vortr. theilt nur ein Versuchsresultat mit: Nach Behandlung der Hände, 5 Minuten lang Wasser, Schmierseife und Bürste und darauffolgendes Bürsten der Hände 3 Minuten lang mit einer 1%igen Quecksilberäthylendiaminlösung starben von 10 geimpften Mäusen keine an Tetragenus, alle blieben am Leben; bei einer gleich langen Desinfektion einer anderen mit Tetragenus inficirten Hand mit einer 1‰igen Sublimatlösung starb ebenfalls keine Maus an Tetragenus, wohl aber 8 Mäuse an der Quecksilbervergiftung.

Aus diesen und ähnlichen Resultaten erachten sich Untersucher für berechtigt, folgende Schlüsse zu ziehen: Die mechanische Desinfektion der Hände mit Wasser und Schmierseife, die Schleich-sche Desinfektion der Hände, die Alkohol-Heißwasserdesinfektion Ahlfeld's sind in ihrer Werthigkeit weit geringer anzuschlagen als die Kombination der mechanischen Desinfektion mit einer nachfolgenden Desinfektion mit einer Queksilbersalzlösung. Die Quecksilberäthylendiaminlösung, in wässrigen Lösungen angewendet, hat sich, vor Allem in stärkeren Koncentrationen angewendet (1%ig), als mindestens gleichwerthig erwiesen mit der 1‰igen Sublimatlösung bei der Desinfektion der Oberhaut unserer Hände. Die Quecksilberäthylendiaminlösung hat aber bei der praktischen Anwendung auf die Haut den großen Vortheil vor der 1‰igen Sublimatlösung voraus, dass sie keine Reizwirkung ausübt und desswegen auch, wenn es sich um stärker inficirte Hände handelt, den Vortheil, dass sie in sehr hohen Koncentrationen angewendet werden kann; die bei der Verwendung der Sublimatlösung so außerordentlich störenden Reizekzeme der Operateure fallen bei Verwendung der Quecksilberäthylendiaminlösung fort. K. und Blumberg fügen noch hinzu, dass die citronensaure Quecksilberäthylendiaminlösung in der Koncentration 1 : 300 in der Universitäts-Frauenklinik auf Grund der experimentellen Untersuchungen sowohl in dem Gebärsaale als auch im Operationssaale bei Laparotomien etc. zur Desinfektion der Hände verwerthet wird. (Selbstbericht.)

Kossmann (Berlin): Um das brauchbare Princip der Gummihandschuhe unter Ausschaltung der ihnen anhaftenden Nachtheile nutzbar zu machen, hat K. sich bemüht, einen haltbaren, impermeablen Überzug für die Hände herstellen zu lassen. Nach vielfachen vergeblichen Versuchen ist ein solches Mittel hergestellt worden und im Handel unter dem Namen »Chirol« erhältlich. Mit diesem Stoffe kann man den Händen in 2 Minuten einen trockenen, nicht springenden Überzug geben, nachdem sie vorher in üblicher Weise desinficirt wurden. Der Überzug lässt sich mit Spiritus leicht wieder entfernen[1].

R. v. Hippel (Dresden).

[1] Siehe Genaueres Centralblatt für Chirurgie 1900. p. 585.

10) **Czerny** (Heidelberg). Über die Behandlung inoperabler Krebse.

Redner weist zunächst darauf hin, dass mindestens 75% aller bösartigen Geschwülste für die Behandlung mit dem Messer unzugänglich sind, von den an Gebärmutterkrebs Erkrankten im besten Falle der 10. Theil durch die Operation vor dem Tode bewahrt wird, in Deutschland jährlich 40000 Menschen an bösartigen Geschwülsten sterben, mindestens die 3fache Zahl unter uns ein qualvolles Dasein führt. Das Schicksal Dieser zu erleichtern, ihre Hoffnung bis zuletzt aufrecht zu erhalten, ist des Arztes Pflicht. Thut er die nicht, so treibt er nur zu oft den Kranken dem Kurpfuscher in die Hände; denn er will Jemand haben, an den er glaubt. Die Schuld an diesen traurigen Verhältnissen liegt sowohl auf der Seite des Publikums wie auf Seiten der Ärzte. Jenes meint, es müsse doch wohl ein Kräutchen für sein Leiden gewachsen sein, das, wenn nicht der oder jener Arzt, doch irgend eine andere begnadigte Person kenne. So geht der arme Kranke erst von einem Arzte zum Anderen, fragt jeden Einzelnen [unabhängig vom Anderen und erhält so die verschiedensten Rathschläge. Sobald ein Krebs nicht mehr operabel ist, verliert mancher Arzt das Interesse an dem Falle, vielen aber, namentlich den jüngeren, mangelt noch die Kenntnis der kleinen Mittel und die noch schwierigere ärztliche Diplomatik, mit der sie unter solchen Verhältnissen allein den armen Kranken gegenüber lindernd und tröstend wirken können. Der junge Arzt unterschätzt zu oft die altbewährten Mittel, greift zu den neuest empfohlenen, deren Wirkung noch kaum erprobt ist, und sieht sich von ihnen verlassen, während er mit jenen günstige Erfolge erzielen könnte.

Redner will in vorliegendem Falle als Krebs alle bösartigen Geschwülste zusammenfassen, welche durch ihr unerbittliches lokales Fortschreiten und durch die Infektion des Organismus denselben zu Grunde richten, ohne Rücksicht auf ihre histiogenetische Abstammung. Schwierig festzustellen ist der Begriff des inoperablen Krebses. Denn kann man in dem einzelnen Falle wohl voraussetzen, dass durch den chirurgischen Eingriff sich eine radikale Entfernung aller der Krankheit verdächtigen Theile erreichen lässt, und sollte dann operiren, so unterlässt man das doch wohl, wenn es sich um einen langsam wachsenden nicht ulcerirten Skirrh einer alten Frau handelt, der die Trägerin vor ihrem Lebensende kaum wesentlich belästigen dürfte. Dann wieder operirt man — auch ohne gegründete Hoffnung auf Radikalheilung —, wenn man dadurch den Kranken von einem lästigen Geschwüre, von Blutungen, Jauchungen auch nur für einige Monate befreien kann. Selbst das Carcinoma lenticulare kann man manchmal mit Nutzen für den Kranken ausgiebig im Gesunden entfernen, wenn man durch Thiersch'sche Transplantationen den großen Defekt rasch zur Vernarbung bringt. Dazu kommen eine

Reihe palliativer Operationen, die den sonst unheilbaren Krebskranken bedeutende Erleichterung bis zum vollen Gefühle der Gesundheit bringen können, wie Wölfler's Gastroenterostomie und Salzer's Enteroanostomose und die weniger erfreuliche, aber nicht zu entbehrende Gastro- und Jejuno-, Entero- und Colostomie. Palliativ wirkend kommen bei offenen Krebsgeschwüren die Anwendung des scharfen Löffels und Platina wie Ferrum candens oft mit recht günstigem Erfolge zur Anwendung, und von den Ätzmitteln besonders Chlorzink, am besten in 20—80%iger Lösung mittels Gazestreifen zur Austamponirung von Wundhöhlen benutzt, bei flachen Ätzungen in Pastenform, zur Beseitigung weicher, leicht blutender größerer Geschwüre in der Gestalt der Maisonneuve-schen Ätzpfeile angewandt. Selbstverständlich kann in der Mehrzahl der Fälle der Erfolg nur ein vorübergehender sein, aber Jauchung, Blutung und Schmerzen werden doch auf längere Zeit beseitigt. In einigen recht schwierigen Fällen ist unter Vermittlung der Ätzung aber auch völlige Heilung erreicht worden, vom Redner z. B. bei Struma maligna, Sarcoma claviculae und Angiosarkom des Pharynx, bei weit in die Tiefe greifenden Gesichtscarcinomen, Gebärmuttercarcinom, Cystosarkom des Beckens, obwohl er das Verfahren ausschließlich in solchen Fällen gebraucht hat, wo entweder wiederholte Recidive oder die Aussichtslosigkeit, mit dem Messer etwas zu erreichen, dazu drängten. — Von neueren Mitteln ist Formalin als 10—30%iger Umschlag bei jauchenden, blutenden Krebsgeschwüren zu verwenden, während es für parenchymatöse Einspritzungen zu schmerzhaft ist und sich zu schwer dosiren lässt; Calciumcarbid und flüssige Luft, beide in Amerika gegen Krebs empfohlen, sind weder leicht zu handhaben, noch ungefährlich. — Für oberflächliche Krebsgeschwüre bilden Arsenikpasten vorzügliche Ätzmittel; sie machen aber Entzündungen, die lange sehr schmerzhaft sind, und bei Anwendung von Arsenik auf größere Wundflächen tritt die Gefahr lebensgefährlicher Vergiftung auf. Andererseits ist dem Arsenik eine gewisse Fernwirkung auf manche bösartige Geschwülste — namentlich maligne Lymphome — nicht abzusprechen. Cancroin (citronensaures Neurin), von Adamkiewicz z. Z. mit großer Emphase empfohlen, ist meist nutzlos. Von den parenchymatösen Injektionen mit den verschiedensten Mitteln hat sich keine Methode dauernd eingebürgert, und eben so haben die Versuche mit Anwendung der Elektricität nur einige Ausnahmeerfolge gewährt. Unentbehrlich für die Lokalbehandlung entzündeter und schmerzhafter Krebse und ulcerirter Geschwülste ist dagegen die lokale Anwendung aseptischer Streupulver, der Bor- und Salicylsäure, des Amyloforms und Orthoforms, des chlorsauren Kali, des Jodoform und seiner — weniger wirksamen — Ersatzmittel, sind zu Umschlägen Bleiwasser, Thonerde, Karbol- und Salicyllösungen und übermangansaures Kali, sind ferner Blei-, Bor-, Zink- und Wismuthsalben, als Deckmittel auch Empl. de Vigo, adustum und opiatum. Von Pflanzenstoffen können als Hilfs-,

wenn auch nicht Heilmittel, Cicuta und Chelidonium, Carduus benedictus, Lignum sanctum und Condurango zur Anwendung kommen. Dazu erscheint eine möglichst kräftige Diät angebracht.

Alle Versuche, die Krebskrankheit durch allgemeine und medikamentöse Behandlung zu bekämpfen, haben bisher fehlgeschlagen. Da es aber sichergestellt ist, dass unter dem Einflusse infektiöser Erysipele einige bösartige Geschwülste — meist Sarkome, sehr viel seltener Carcinome — geheilt worden sind, und auch die Injektion von Streptokokkensterilisaten mikroskopisch sicher gestellte und der operativen Behandlung unzugängliche Sarkome zur Heilung gebracht hat, so wird in Zukunft hier eine rationelle Therapie der Krebse anknüpfen und bestrebt sein müssen, diese Behandlungsmethoden zu vervollkommenen und weiter auszubilden.

Aber nur eine systematisch centralisirte Arbeit kann uns in dem Kampfe gegen die bösartigen Geschwülste vorwärts bringen; daher es sehr erfreulich ist, dass sich jüngst in Berlin unter der Ägide des Kultusministeriums eine Gesellschaft für Krebsforschung konstituirt hat. Redner glaubt aber, dass wir nur dann wesentlich weiter kommen, wenn wir, dem Beispiele Englands und New Yorks folgend, eigene Krebshospitäler errichten, Asyle für die hilfsbedürftigen Kranken, die gleichzeitig den Mittelpunkt für eine wissenschaftliche Erforschung und Erziehungsinstitute für junge Ärzte bei der Behandlung des Krebsleidens bilden sollen. Diese Bestrebungen sollte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auf das wärmste unterstützen.

Es steht fest, dass die Krebsseuche an Häufigkeit zunimmt zur selben Zeit, in welcher die Tuberkulose in ihrem Todeszuge zurückgeht, vornehmlich in den Städten, weniger auf dem Lande. Im preußischen Staate beträgt die jährliche Krebssterblichkeit 0,17 auf 10000 Lebende, und zwar bei Stadtbewohnern um 0,26, bei Landbewohnern um 0,1. In Städten über 10000 Einwohner beträgt die Krebssterblichkeit 9,01, in Städten unter 10000 Einwohnern 7,27 und auf dem Lande nur 3,68. Bedenkt man, dass in Italien je weiter nach Süden, wo die Menschen mehr im Freien wohnen, der Krebs immer seltener wird, dass in Algier der Krebs fast ausschließlich eine Erkrankung der Europäer ist, so muss man ihn als eine Kulturkrankheit bezeichnen. Im Allgemeinen wird man sagen müssen, dass der Krebs um so rascher zunimmt, je enger und dichter die Menschen an einander wohnen, was für eine von Außen kommende Ursache desselben spricht, und es liegt der Gedanke nahe, dass die Krebsnoxe, von offenen Geschwüren ausgeschieden, durch einen Generationswechsel außerhalb des menschlichen Körpers existiren muss, bis sie wieder einen geeigneten Boden findet, um von Neuem den Menschen zu befallen.

England besitzt seit längerer Zeit in einer Anzahl großer Städte Cancerhospitäler, alle durch freiwillige Beiträge unterhalten, in New York haben Esizabeth Collum und Mrs. Astor ein solches Spital

in großem Stile errichtet, an der Universität Buffalo besteht ein Laboratorium für Krebsstudien. Mit Hilfe aller ärztlicher Kreise, der Verwaltungsbehörden des Reiches, Landes und der Gemeinden und mit Zuziehung wohlwollender Privathilfe sollten auch bei uns in allen Provinzen und großen Städten Heil- und Pflegeanstalten für bösartige Geschwülste und Geschwüre errichtet werden, geleitet von jungen, auf der Höhe moderner Schulung und mit den großen medicinischen Heil- und Unterrichtsanstalten in dauerndem Konnex stehenden Ärzten. Dadurch dürfte es im edlen Wettstreit der Nationen gelingen, am Ende des kommenden Jahrhunderts der tausendjährigen Sphinx der Krebskrankheit ihre grinsende Maske zu entreißen und die Leiden, welche sie der gequälten Menschheit bereitet, zu vermeiden oder doch erfolgreicher zu bekämpfen, als es bisher möglich gewesen ist.

Nach dem Originale referirt
Richter (Breslau).

Diskussion.

Friedrich (Leipzig) hat bereits vor 5 Jahren über den Coley-schen Streptokokken-Heilkörper berichtet. Thiersch habe übrigens in den letzten Jahren seines Lebens sich für eine Reihe von Carcinomen der parasitären Theorie zugewendet. Die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Syphilis sei oft schwierig. Die von Coley behauptete Wirksamkeit seines Präparates in Folge seines Gehaltes an Toxinen und Peptonalbumosen bezweifelt. F.

Helferich (Kiel) tritt bei inoperabeln Carcinomen für die Chlorzinkbehandlung ein, betont ihre geringe lokale Reaktion und bei Flächenkrebsen das Ausbleiben gefährlicher Blutungen. Der abgelöste Chlorzinkschorf zeige histologisch noch genau die Struktur des Carcinoms.

Steinthal (Stuttgart) hat nach Abstoßung des Schorfes bei Chlorzinkätzungen schwere Nachblutungen erlebt.

Jaffé (Hamburg).

---

11) **König.** Wandlungen in der chirurgischen Technik der Gelenkoperationen.

Der Vortr. bespricht gesondert:

1) Die Operationen an nichtinficirten Gelenken,

2) die operativen Eingriffe, welche wir vornehmen zum Zwecke der Heilung von Gelenkinfektionen.

Zu ersteren Eingriffen zählt er Operationen bei Gelenkverletzungen, als da sind Resektionen, Entfernung von Kugeln, abgesprengten Knochen aus dem Gelenke, ferner Resektionen bei Tuberkulose und Deformitäten, Fremdkörpern, Geschwülsten, Verletzung und Deformität der Meniscen. Als Prototyp wird das Kniegelenk genommen, und hier kommt auch Patellanaht in Frage.

Da bei den meisten dieser Operationen die Erhaltung der »Funktion« die Hauptrolle spielt, so steht in erster Reihe die Frage nach der Garantie der Asepsis. Einen aseptischen Verlauf garantirt in erster Linie:

Die Operation ohne Gebrauch der Finger. Die Technik der rein instrumentellen Operation ist die erste Garantie für aseptischen Verlauf. Sie will gelernt werden, aber sie lässt sich sogar so weit ausführen, dass auch bei Resektion kein Finger in das Gelenk kommt.

In zweiter Linie empfiehlt K. nicht nur aus technischen Gründen die Operation am blutleeren Gelenke. Damit wird das Arbeiten im Gelenke, das Austupfen etc. erheblich beschränkt, und die Infektionsgefahr geringer.

In dritter Linie empfiehlt K., den Gebrauch antiseptischer Mittel, der Karbolsäure, des Sublimat etc., vollkommen zu vermeiden. Thut man dies, so ist man in der Lage:

Die Drainage auf Ausnahmsfälle (Knieresektion, zur Ableitung des Blutes in den ersten Tagen) zu beschränken.

Bei der Besprechung der verschiedenen Eingriffe weist K. darauf hin, dass der Röntgenapparat für die meisten dieser Leiden, Fremdkörper, Meniscenstörungen, Geschwülste der Weichtheile, wenig nützt.

2) Die Behandlung inficirter Gelenke.

Unter ausdrücklicher Anerkennung der Erfolge der Punktionen mit desinficirender Auswaschung stellt K. fest, dass man einsehen müsse, wie die zuerst mit großer Begeisterung begrüßte und auch vielmals ausreichende typische Gelenkdrainage durchaus nicht Alles erfüllt hat, was man von ihr erwartete.

So sind vor allen Dingen die schweren Streptokokken-, Staphylokokkeninfektionen oft vollkommen renitent dagegen und nur durch große, die Gelenksäcke möglichst breit freilegende Schnitte zu gedeihlichem Ende zu führen. Bei dem Knie führt man vorn 2 seitliche, die Kapsel umkreisende Schnitte und fügt ev. Kniekehlen- und Wadenschnitte hinzu. Alle Durchbrüche aus dem Gelenksacke, Senkungen in die Interstitien der Muskeln am Oberschenkel vorn, am Unterschenkel vor der Wade, müssen vollkommen durch lange Schnitte bloßgelegt werden.

Es giebt eine Form der Gonokokkeninfektion mit außerordentlicher Schmerzhaftigkeit, mit langer Dauer und der Tendenz zu schwerer Kontraktur und Ankylose der Gelenke. Dabei findet sich wenig Gelenkerguss, aber eine speckartige Infiltration der paraartikulären und der synovialen Weichtheile. Der ausgedehnte Doppelschnitt am Knie, die breite Eröffnung an anderen Gelenken rettet in solchen Fällen, was zu retten ist. Vor Allem nimmt er die Schmerzhaftigkeit, aber bei geeigneter Nachbehandlung rettet er auch, was von Bewegung dieser Gelenke noch zu retten ist.

Kehren wir jetzt noch einmal zu den schwer eitrigen Gelenken zurück. Es ist Alles geschehen, was wir oben beschrieben

haben, trotzdem besteht Fieber und Eiterung mit drohender schwerer Pyämie.

In solchem Falle mag am Kniegelenke noch ein quer über der Patella verlaufender, die beiden Seitenschnitte verbindender Schnitt, welcher gestattet, das Gelenk vollkommen aufzuklappen und offen zu lassen, Glied und Leben zu erhalten, angelegt werden. (Demonstration.)

Der Vortr. zeigt eine vor 2 Jahren operirte Pat., bei welcher es sich um schwere Arthritis deformans gehandelt hat, so schwer, dass das Gehen fast unmöglich war. Durch die Resektion der Hüfte ist Pat. wieder in die Lage versetzt, sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Auf Grund dieser und einer Reihe weiterer selbst operirter und beobachteter Fälle empfiehlt K. bei bestimmten schweren Fällen von Coxitis deformans die Resektion des deformen Schenkelkopfes, ev. mit Entfernung störender Pfannenrandwucherungen.

Diskussion.

F. Franke (Braunschweig) bemerkt, dass er schon seit Jahren auf demselben Standpunkte, wie der Vorredner steht, und dass er insbesondere die vollständige Freilegung der Gelenkhöhlen und Eitergänge, und namentlich die Aufklappung des Kniegelenkes mit folgender Jodoformgazetamponade sämmtlicher Buchten und Gänge bei nicht zu beherrschender Eiterung und daher drohendem Tode oder wenigstens Amputationsgefahr schon im Jahre 1894 im Centralblatt für Chirurgie empfohlen hat, und dass das Verfahren später noch einmal von Wiesinger empfohlen worden ist.

Auch bei der Arthritis deformans, namentlich des Hüftgelenkes, möchte er, wie der Vorredner, zu zeitigerem Operiren rathen, als es im Ganzen üblich zu sein scheint, zumal eine Unterscheidung von der Ostitis deformans klinisch nicht immer möglich ist. Er zeigt das Röntgogramm eines Schenkelkopfes, den er durch Resektion von einer Frau, Anfangs der Vierziger, gewonnen hat, die $1^1/_4$ Jahr vor der Operation plötzlich an Schmerzen im Hüftgelenke erkrankt war, seitdem fast immer an Schmerzen litt, mehr oder weniger arbeitsunfähig war und das Bild der Arthritis deformans (insbesondere auch Auftreten eines fühlbaren Tumors) bot. Der Schenkelhals war fast ganz verschwunden, wie geschrumpft, der Kopf etwas abgeflacht, aber verbreitert. Wahrscheinlich handelt es sich weniger um die typische Arthritis deformans, als vielmehr um eine eigenthümliche chronische Ostitis (Ostitis deformans).

Als Kuriosität berichtet er schließlich über einen Kranken, bei dem er eine von einem Nackenkarbunkel unter Schüttelfrösten ausgegangene eitrige, nicht katarrhalische Entzündung des Schultergelenkes auf entschiedenes Verlangen des Kranken in der Sprechstunde behandelt und durch mehrfache Punktionen mit folgender Karbol-Solveolausspülung zur völligen Heilung, d. h. mit Erhaltung der

freien Beweglichkeit gebracht hat. Eine zugleich aufgetretene eitrige Cystitis bezw. Nephritis wurde vermittels Blasenspülungen und Darreichung von Acid. salicylic. ebenfalls geheilt. (Selbstbericht.)

Schede (Bonn) tritt dem Rathe König's, eitrige Gelenke aufzuschneiden, auf Grund seiner Erfahrungen entgegen. Die meisten dieser Gelenke kann man durch einfache antiseptische Ausspülungen zur Heilung bringen, vorausgesetzt dass die Kapsel noch intakt ist. S. verweist desswegen auf die Arbeit seines früheren Assistenten Hager in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (Bd. XXVII. p. 143. 1888).

König (Berlin) will dies nicht bestreiten. Auch er heile die große Mehrzahl der eitrigen Gelenke mit Ausspülungen. Sein Rath, große Incisionen zu machen, galt nur für die sog. Amputationsfälle.

Jaffé (Hamburg).

---

12) **E. Holländer** (Berlin). Blutstillung ohne Ligatur.

Die Methode, welche seit $^1/_2$ Jahre mit Erfolg vom Autor angewandt wird, besteht in Folgendem: Der erste Akt der Blutstillung verläuft wie bisher; der Operateur fasst die blutenden Gefäße mit seinen alten Unterbindungspincetten, sei es nun, dass es sich um Schieber oder um kleine Klemmzangen nach dem Modell Péan's handelt. Statt nun in irgend einer Phase der Operation diese gefassten Gefäße zu unterbinden, nimmt man eine große Presszange mit seitlich abgebogenem Maule. Dieses trägt an seiner Innenseite eine Rinne, in welche die Spitze des Schiebers oder der Péans genau hineinpasst. Ein einmaliger energischer Druck dieser Presszange auf den Schieber genügt bei der großen Hebelübertragung der Zange, die nöthige Kompression auf das Gefäß auszuüben. Bei der nun erfolgenden vorsichtigen Abnahme der Péans hat dieser Druck eine Marke im Gewebe hinterlassen. Diese Druckmarke besteht aus einer papierdünnen Lamelle, welche haarscharf die Riffelung des Schiebers zeigt.

Versuche an enorm spritzenden Gefäßen am Pferde fielen positiv aus. Bei Operationen am Menschen können mittlere und kleinere Gefäße exakt zum Stillstand gebracht werden, während das Verfahren bei ganz großen Gefäßen unsicher ist. Gefäße vom Kaliber z. B. der A. maxillaris ext., intercostalis, epigastrica, peronea und der Vena saphena beim Eintritte in die V. femoralis standen sicher.

H. empfiehlt diese Methode auf Grund folgender Vortheile.

1) Vermeidung resp. Beschränkung von Unterbindungsmaterial.

2) Die Wunden werden weniger mit den Fingern berührt.

3) Einmal blutstillende Schieber können stets leicht komprimirt werden im Gegensatze zu den Schwierigkeiten einzelner Unterbindungen.

4) Neuanschaffung von Unterbindungspincetten fällt weg. Die Rinne im Maule der Zange kann nach den vorhandenen formirt werden.

Die Methode hat vor anderen Kompressionsmethoden den Vorzug, dass die Kompression eine stärkere und die Blutstillung eine zuverlässlichere ist; ferner den Vortheil, dass der 1. Akt der Operation, die temporäre Blutstillung, nicht leidet, wie dies bei Instrumenten, welche die temporäre und definitive Blutstillung gleichzeitig besorgen sollen, bisher der Fall war; die erforderliche excessive Kraft konnte nur auf Kosten der Fasslichkeit und Leichtigkeit der Unterbindungspincette bisher erreicht werden.

Die Presszange wird von der Firma Medicinisch-polytechnische Union Berlin, Ziegelstraße, hergestellt. (Selbstbericht.)

---

13) **E. Payr** (Graz). Blutgefäß- und Nervennaht (nebst Mittheilung über die Verwendung eines resorbirbaren Metalles in der Chirurgie).

Über ein Jahrhundert lang bewegte sich die Gefäßnaht nur auf experimentellem Boden und spielt erst seit etwa 25 Jahren eine Rolle in der praktischen Chirurgie. Ist ja doch die Chirurgie der Cirkulationsorgane überhaupt erst in allerjüngster Zeit in den Vordergrund des allgemeinen Interesses getreten.

Die Venennaht hat viel früher als die Arteriennaht Eingang in die chirurgische Technik gefunden.

Die Arteriennaht hatte zuerst Erfolge aufzuweisen bei partiellen Arterienverletzungen, die während chirurgischer Eingriffe entstanden waren, und sind bis heute bereits eine ganze Zahl von mit Erfolg genähten Längs-, Schräg- und Querwunden von Arterien bekannt.

Die circuläre Arteriennaht ist erst seit Murphy's Vorschlag der Invaginationsmethode so leistungsfähig geworden, dass sie zielbewusst bei der Exstirpation von Tumoren bereits verwendet wurde. Die letzten Mittheilungen von Garrè und Kümmell sind geeignet, die technische Ausbildung der Methode in vortheilhaftestem Lichte zu zeigen.

Die Grundlage für alle diese bis jetzt erreichten Erfolge bilden eine Reihe von experimentellen Arbeiten, mit denen die Namen Gluck und Jassinowsky u. A. untrennbar verbunden sind.

Und trotzdem ist heute von einer allgemeineren Verwendung von circulärer Arterien- oder Venennaht nicht die Rede; es ist schwer, sich ganz vom Gedanken einer durch die Technik verursachten Nachblutung frei zu machen, und sind die Anforderungen, die an die Naht von Röhren mit so hohem Flüssigkeitsinnendrucke gestellt werden, als sehr hohe zu bezeichnen.

Während für zufällig entstandene kleine Partialverletzungen von Arterien und Venen die eng angelegte Knopf- oder fortlaufende

Naht eine Methode ist, deren Anwendung keiner großen Modifikation fähig ist und auch das, was man von ihr verlangt, leistet, ist die cirkuläre Gefäßnaht in mehrfacher Weise ausbildungsfähig.

Es ist nun möglich, durch eine bestimmte Technik das Anlegen von Nähten überhaupt an einem querdurchtrennten Arterienrohre zu vermeiden, und kann man durch zwei Seidenligaturen mit Hilfe einer Prothese zwei Gefäßlumina axial vereinigen.

Die hier zu schildernde Methode der Gefäßvereinigung wurde in einer erheblichen Zahl von Thierversuchen ausgeführt, und wurden große Hunde und Schweine zu denselben verwendet. Es ist dabei zu betonen, dass alle diese Versuche am Thier sehr schwierig sind wegen der Kleinheit der Gefäße. Die Arteria femoralis eines großen Hundes z. B. ist nicht viel dicker als eine menschliche Radialis.

Zu- und abführendes Gefäßende werden provisorisch verschlossen, an den Extremitäten durch Anlegen der Esmarch'schen Kautschukbinde, an Stammgefäßen entweder durch Digitalcompression, provisorische Ligatur oder Abklemmungsvorrichtungen. Am schonendsten ist der Fingerdruck und, wo dies nicht möglich ist, die Anlegung von durch Federdruck schließenden Klemmpincen, deren Branchen mit Drainrohren aus Kautschuk überzogen sein sollen. Nach genügendem provisorischem Verschlusse wird das centrale Ende des Arterienrohres mit einer feinen Hakenpincette durch einen kleinen Hohlcylinder hindurchgezogen, der so stark sein muss, dass die Arterie gerade sein lichtes Lumen ausfüllt. Bei kleinen Gefäßen wird dieses Durchziehen zweckmäßig durch drei am freien Rande des Gefäßes durchgezogene Seidenschlingen bewerkstelligt. Das Rohr hat eine Länge von 7—15 mm und trägt in der Nähe des einen Endes eine feine Nuth von $^1/_3$—$^2/_3$ mm Tiefe und ebensolcher Breite.

Das Arterienrohr wird so weit durch den in seiner Wandung außerordentlich dünnen Cylinder durchgezogen, dass das freie Ende des Arterienstumpfes $^1/_2$—1 cm über den peripheren Rand des Cylinders hervorschaut. Unter Festhalten des Hohlcylinders wird durch Zug an den Seidenschlingen das Arterienrohr ein Stück weit über den Hohlcylinder umgestülpt, so, dass die Intimafläche des Gefäßrohres auf $^1/_3$ bis höchstens $^1/_2$ cm Distanz frei zu Tage liegt. Bei größeren Arterien wird dies Umstülpen durch Klauenschieberpincetten ausgeführt und nunmehr eine feine Seiden- (oder Katgut-)ligatur um den umgestülpten Theil des Gefäßrohres angelegt, an jener Stelle, wo an der Prothese die Nuth angebracht ist, und daselbst festgeknüpft, so dass der Seidenfaden die umgestülpte Gefäßwand gegen die Prothese fixirt. Damit ist das centrale Gefäßende für die Vereinigung vorbereitet.

Das periphere Ende wird auf folgende Weise behandelt:

Es werden ebenfalls in gleichen Abständen 3—4 Fadenschlingen am distalen Gefäßrohrabschnitte angelegt, und kann man mit diesen das Lumen des peripheren Gefäßendes auseinanderziehen. Das Wesen der Vereinigung besteht darin, dass das centrale mit der Prothese

armirte Ende in das periphere invaginirt wird, und ist es auf diese Weise möglich, sehr breite Intimaflächen mit einander in Berührung zu bringen. Um das Herausschlüpfen des Invaginatums aus dem Invaginans zu vermeiden, wird eine zweite Seidenligatur angelegt, die das periphere Gefäßende jenseits des centralen auf der Prothese befestigt.

Zwei kleine circuläre Gewebsabschnitte verfallen durch die Seidenligaturen der Nekrose.

Man findet, dass die Berührungsstelle der Intimaflächen beider Gefäßenden eine Längenausdehnung von 2—4 mm hat, so dass relativ sehr bedeutende Intimaflächen mit einander in Kontakt gebracht sind und die Gelegenheit zur Verklebung dieser Flächen eine sehr günstige ist[1].

Tuben aus Glas, Aluminium und anderen Materialien so wie Gummiröhren sind von Experimentatoren zur Gefäßnaht verwendet worden (Gluck, Nitze, R. Abbe u. A.). Man hat sogar versucht, feinste, ganz glatte Glastuben in das Gefäßlumen einzuführen und über ihnen die Gefäßwand zu vereinigen. Doch muss von vornherein die Überlegung Platz greifen, dass ein Fremdkörper in einem Blutgefäße sehr leicht Veranlassung zu Gerinnungsvorgängen geben muss, und ist es wohl als Princip aufzustellen, in die Blutbahn selbst, wenn irgend möglich, keine Fremdkörper zu bringen. Die Verwendung einer, nicht mit dem Blutstrome in Berührung stehenden Prothese, wie sie bei unserer Nahttechnik in Anwendung gebracht wird, vermeidet diesen Übelstand am sichersten, und wird es gewiss eine Reihe von Materialien geben, aus denen man derartige Hohlcylinder mit der nöthigen Genauigkeit und Zartheit arbeiten könnte.

Die Prothesen sind aus einem Stoffe gearbeitet, der den unschätzbaren Vortheil bietet, vollkommen resorbirbar zu sein, sich relativ gut verarbeiten zu lassen, und die Möglichkeit einer Sterilisation durch Auskochen ergiebt. In diesem Materiale liegt der Schwerpunkt der ganzen Frage und, wie wir besonders betonen wollen, nicht nur für die hier zu erörternde Gefäßnaht, sondern auch für die Technik der Nervennaht, so wie für eine ganze Reihe operativer Vorgänge, bei denen es von Vortheil ist, der Resorption zugängliche Gegenstände verwenden und der Einheilung überlassen zu können.

Dieses Material, das alle diese Eignungen besitzt, ist ein Metall, das Magnesium, ein bisher in der Technik außerordentlich wenig verwendetes Produkt, das im praktischen Leben eigentlich nur zur Erzeugung des Magnesiumlichtes verwendet wurde.

Es ist verwunderlich, von einem Metalle zu sprechen, das in den Geweben ohne weiteres aufgelöst wird. Andere metallische Fremdkörper, wie Nähnadeln, so wie Fremdkörper aus Eisen erleiden

[1] Eine Reihe von Technicismen und kleinen zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln kann hier nicht wiedergegeben werden, und verweist Vortr. bezüglich derselben auf nachfolgende ausführliche Publikationen.



im Organismus zwar Veränderungen chemischer Natur, lassen aber Resorptionsvorgänge nicht oder nur außerordentlich langsam wahrnehmen.

Bezüglich der Bleiprojektile ist bekannt, dass auf dem Wege chemischer Vorgänge eine Aufnahme von löslichen Bleiverbindungen und damit eine Bleivergiftung möglich ist. Die meisten Metalle, die in den Magen-Darmkanal gelangen, erleiden bei längerem Aufenthalte namentlich durch Schwefelwasserstoff Veränderungen ihrer Oberfläche, die aber nicht als Resorptionsprocess zu deuten sind.

Ein Metall, das manche Eigenschaften hätte, um im menschlichen Körper resorbirt zu werden, ist das Aluminium; in alkalischen Flüssigkeiten, verdünnten Säuren ist es leicht löslich. Bei Gegenwart von Kochsalz wird es durch fast alle organischen Säuren gelöst.

Diesbezügliche Versuche haben ergeben, dass eine rasche Auflösung nur im sauren Magensafte möglich ist.

Dem Aluminium nahestehend ist das Magnesium, mit dem der Vortr. bereits im Jahre 1892 Resorptionsversuche anstellte. Es ist ein silberweißes Metall, an trockener Luft nicht sehr veränderlich, an feuchter sehr rasch oxydirend. Es lässt sich feilen, hämmern, poliren, drehen, zu Draht ausziehen und zu Blech walzen. Das specifische Gewicht ist noch geringer als das des Aluminiums.

In heißem Wasser schon löst sich Magnesium unter Bildung von Gasblasen ganz langsam. In sehr verdünnten Alkalien und Säuren löst es sich leicht unter reichlichster Gasentwicklung. Die einzige Schwierigkeit in dieser Frage war die Herstellung fein gearbeiteter, aus Magnesium hergestellter Gegenstände. Erst im Jahre 1898 war es möglich, durch die Firma I. Rohrbeck in Wien beliebige Magnesiumgegenstände herzustellen. Es werden nun nicht nur Magnesiumröhren in den verschiedensten Größen und Formen, sondern auch Magnesiumplatten, Stifte, Kugeln, Nägel etc. hergestellt, und ist es zweifellos, dass bei weiterer Entwicklung der Sache sich noch manche andere Verwendungsarten für das leicht zu bearbeitende Metall, wie wir später noch andeuten, finden werden.

Nach Ansicht hervorragender Chemiker spielen bei der Resorption im Gewebe der Sauerstoff, die Kohlensäure und das Wasser die hervorragendste Rolle. Magnesiumoxyd und doppeltkohlensaure Magnesia sind die löslichen hierbei entstehenden Verbindungen. Auch die im Blut gelösten Salze und der chemische Vorgang in der Zelle spielt beim Resorptionsvorgange mit. Im Wesentlichen aber ist er an das Vorhandensein von Sauerstoff, Kohlensäure und Wasser gebunden. (Im Übrigen liegt nicht nur für den gesschulten Chemiker die Erkenntnis der leichten Auflöslichkeit dieses Metalles gewiss sehr nahe, und ist es nicht unwahrscheinlich, dass Manchem diese Eigenschaft des Metalles bekannt ist oder war.) Das Studium der feineren Vorgänge beim Resorptionsprocess sowohl am Metalle selbst, als im Gewebe ergiebt eine Reihe von bemerkenswerthen Erscheinungen, die sich einer kurzen Wiedergabe entziehen.

Die Resorptionsvorgänge am Metall lassen sich sehr gut mittelst des Zeiß'schen Vertikal-Illuminators verfolgen. Im Gewebe entwickelt sich um den metallenen Fremdkörper in geringer Ausdehnung riesenzellenhaltiges Granulationsgewebe, in dem kleine Metallpartikelchen, Krystalle und krystalloide Massen auftauchen.

Außer der oben beschriebenen Vereinigungstechnik bestehen noch verschiedene andere Möglichkeiten derselben.

Über die pathologisch-anatomischen und pathologisch-histologischen Verhältnisse der Gefäßwand und der Intimaheilung nach der geschilderten Vereinigungsmethode sind die Untersuchungen derzeit noch nicht völlig abgeschlossen. So viel steht sicher, dass die Vereinigung der Gefäßenden nach 8 Tagen bereits eine recht solide ist, und sieht man nach völliger Heilung an der Vereinigungsstelle eine bedeutende Verdickung der Intima von innen, bei Betrachtung von außen einen derben fibrösen Ring um die Arterie gelagert.

Die Vereinigung von venösen Gefäßen gelingt, wie naheliegend, noch leichter als die von Arterien; die Nahttechnik ist dieselbe, nur mit dem Unterschiede, dass der centripetalen Blutströmung entsprechend das periphere Gefäßende in das centrale invaginirt wird. Das Durchschnittsbild des genähten Blutgefäßes weist eine Verengerung der Lichtung an der Vereinigungsstelle auf, was durch die Umstülpung der Gefäßwand bedingt ist.

Die Zeitdauer[2] für den Resorptionsprocess der Magnesiumprothese ist eine sehr ungleiche. Sie wechselt je nach der Dicke der verwendeten Röhren und dem Blutgefäßreichthum der Implantationsstelle. Je größer der Zeitraum ist, der zwischen Implantation der Prothese und Betrachtung der Operationsstelle verstreicht, desto mehr kehren die Verhältnisse zur Norm zurück.

Auch für die Nervennaht hat der Vortr. resorbirbare Magnesiumröhren in Anwendung gezogen, ausgehend von der Ansicht, dass ein sehr dünner Magnesiumcylinder um die Nahtstelle diese vor mechanischen Insulten schützt. Außerdem aber ist es möglich, wenn die beiden Nervenenden in einem geschlossenen Metallrohre vereinigt werden, die genaue Adaptirung der Enden mit einer einzigen oder nur sehr wenigen Nähten zu erzielen. Es wird entweder ein dünner, schwer resorbirbarer Katgutfaden (Chrom, Formalin), 1 cm von der Schnittfläche des Nerven entfernt, durch jeden Nervenstumpf gezogen, die beiden Enden in ein Magnesiumrohr eingeschoben und der Faden geknüpft, so dass beim Knüpfen des Fadens die beiden Nervenquerschnitte innerhalb des Magnesiumrohres an einander gepresst werden, oder es wird über 3 feinste paraneurotische Nervennähte der Magnesiumcylinder geschoben. Diese Methodik der Nervennaht wurde außer bei mehreren Thierversuchen 3mal vom Vortr. mit Erfolg am Menschen angewendet und zwar einmal bei einem Medianus-

[2] 0,1 g Mg wird in 3—4 Wochen resorbirt.

aste an der Hand, einmal bei der Naht eines durch Schuss zerrissenen N. peroneus und einmal bei der Naht eines durch Stichverletzung durchtrennten N. vagus[3].

Die Verwendungsmöglichkeit für ein resorbirbares Metall hat mit dem Geschilderten gewiss nicht ihre Grenze erreicht.

Leider ist die Technik der Magnesiumbearbeitung noch nicht in der Lage, für alle gestellten Anforderungen zu genügen; so z. B. ist der Magnesiumdraht, dessen Verwendung ja sehr naheliegend wäre, derzeit durch eine gewisse Sprödigkeit von einer ausgedehnten Anwendung ausgeschlossen. Dagegen ist es bereits jetzt möglich, Stifte, Zapfen, Klammern und Nägel aus Magnesium herstellen zu lassen; Magnesiumblech ist in jeder beliebigen Stärke erhältlich und kann bei Eingriffen verwendet werden, wo man eine Wiederverwachsung von getrennten Geweben vermeiden will, z. B. bei Arthrotomien. Es muss hier überhaupt betont werden, dass das resorbirbare Magnesiummetall geeignet erscheint, als resorbirbare Prothese im Gewebe verwendet zu werden, und entsteht dort, wo das Metall implantirt wurde, nach geschehener Resorption eine sehr feste bindegewebige Narbe, so dass es geeignet erscheint, einen festen organischen Verschluss von normalen oder pathologischen Spalten und Lücken hervorzurufen. Platten aus Magnesium eignen sich in vorzüglicher Weise für die Naht blutreicher parenchymatöser Organe (Leber, Milz).

Ob das Magnesium berufen ist, in der Magen-, Darm- und Ureterenchirurgie eine Rolle zu spielen, darüber werden weitere Versuche entscheiden.

Was endlich die Indikationsgrenzen der circulären Gefäßnaht anlangt, so werden auch diese durch die leichte Ausführbarkeit des Verfahrens erweitert und durch sie der Gedanke der Anheilung größerer abgetrennter Körpertheile nahegelegt.

Für die Behandlung von Erkrankungen von Blutgefäßen dürfte sich das Magnesium möglicherweise als nützlich erweisen; es ist dabei an die Implantation von resorbirbaren Metalltheilen in Angiome und große Aneurysmensäcke etc. zu denken. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Bergmann (Berlin) fragt, ob die Magnesiumprothesen niemals durch Thromben verstopft werden.

Payr (Graz) erwidert, dass er an den Rändern der Prothesen, so lange er dieselben in die Gefäßlichtung einführte, wohl Thrombenbildung beobachtete, die aber nicht zur Obturirung führte. Er ist daher von dem ursprünglichen Verfahren zu der Invaginationsmethode übergegangen, bei welcher kein Fremdkörper innerhalb des Gefäßrohres zu liegen kommt. **R. v. Hippel** (Dresden).

[3] Seit dem in Berlin gehaltenen Vortrage wurden vom Autor neuerdings ein Fall von Nervenplastik am Ulnarnerven mittels eines Magnesiumrohres und 3 Fälle von Naht einer frischen Ulnarisverletzung ausgeführt.

Chlumský (Breslau). Die Kenntnis von der Resorbirbarkeit des Magnesiums ist nicht ganz neu. Ich wurde auf dieselbe vor einigen Monaten durch Herrn Fischer, Direktor des chemischen städtischen Untersuchungsamtes in Breslau, aufmerksam gemacht, als ich nach einem passenden Material für resorbirbare Darmknöpfe suchte. Bei den Versuchen, die ich zu diesem Zwecke angestellt habe, fand ich, dass Magnesium von allen Metallen im Magen-Darmkanal am meisten angegriffen wird, mehr als z. B. Silber oder Aluminium, dass sich aber dabei an den Metallstückchen scharfe Kanten event. scharfe Splitter bilden, die doch nicht ganz ungefährlich sind. Aus diesem Grunde kann ich also vorläufig das Magnesium zu dem genannten Zwecke noch nicht empfehlen.

(Selbstbericht.)

---

14) H. Riese (Britz-Berlin). Thrombophlebitis der Sinus durae matris selteneren Ursprunges.

Als Ursache der infektiösen Sinusthrombose der Blutleiter des Gehirns kommen in erster Linie, in ungefähr $^2/_3$ aller Fälle, Erkrankungen des Mittelohres in Betracht. Ihnen gegenüber dürfen aber die anderen Ursachen, die, kurz gesagt, in allen möglichen eitrigen Entzündungen im Bereiche des Hirn- oder Gesichtsschädels gefunden werden, nicht ganz vergessen werden. Sehr wenig sind bisher Zahnkrankheiten als ursächliches Moment für die infektiöse Thrombophlebitis gewürdigt worden. Am bekanntesten ist noch die Entstehung von Hirnabscess oder Meningitis, seltener von Thrombophlebitis durch Periostitis und Osteomyelitis der Kiefer, die auf die Orbita oder die Knochen der Schädelbasis und des Schädeldaches fortschreiten und von hier zur Infektion des Gehirns, seiner Hüllen oder seiner Blutleiter führen.

Außerordentlich selten aber sind Sinusphlebitiden beobachtet worden, die sich im Anschlusse an Zahnkrankheiten direkt auf dem Blutwege entwickeln. Zufällig kamen 2 derartige Fälle innerhalb einer Woche in die Behandlung des Vortr.

Ein 52jähriger Mann wurde in ganz benommenem Zustande in das Krankenhaus eingeliefert mit den deutlichen Zeichen einer Thrombose der beiden Sinus cavernosi. Dem vorher ganz gesunden Manne war 4 Tage vorher der rechte hintere obere Backzahn wegen Caries extrahirt worden, und im Anschlusse daran hatten sich Kopfschmerzen, Schüttelfröste, Schluckschmerzen, schließlich Protrusio bulbi und Schwellung der Augenlider rechts, dann links entwickelt. Symptome von Meningitis oder Hirnabscess bestanden nicht. Ein Abscess am weichen Gaumen gegen den Arcus palatoglossus hin wurde eröffnet, und da ein Fortschreiten der Eiterung auf Highmorshöhle und Orbita angenommen wurde, auch eine Betheiligung der rechten Stirnhöhle möglich erschien, wurden alle diese Theile auf das Vorhandensein von Eiter, jedoch ohne Erfolg, untersucht. Pat. starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche 1 Stunde p. op.

Die Sektion ergab bei Intaktheit von Gehirn und Meningen Eiter in beiden thrombosirten Sinus cavernosi, der sich in die thrombosirten Venae ophtalmicae beiderseits, namentlich rechts fortsetzte. In der rechten Flügelgaumengrube befand sich Eiter um die in Zerfall begriffenen Bündel des M. pterygoideus externus und den Plexus pterygoideus. Die Eiterhöhle kommunicirte durch den am Arcus palatoglossus angelegten Operationsschnitt mit der Mundhöhle. Die Knochen der Schädelbasis, auch die Kieferhöhle, die Orbita, die Nebenhöhlen der Nase waren intakt. Metastasen in Lungen, Leber, Nieren, Milz bestanden nicht. Es muss hier also der Eiter von einer um die Alveole des extrahirten Zahnes bestehenden Entzündung auf den Plexus pterygoideus und von hier durch eine der zwischen ihm und den Venae ophthalmicae und den Sinus cavernosi direkt bestehenden Anastomosen auf den letzteren übergegriffen haben.

Der 2. Fall betraf einen 28jährigen Mann, der in Folge Caries des 1. linken unteren Backzahns eine Parulis bekommen hatte, und dem von seinem Arzte der Zahn extrahirt und die Parulis incidirt worden war. Schmerzen und entzündliche Erscheinungen schwanden darauf, 2 Tage nachher aber traten Schüttelfröste, heftige Kopfschmerzen linkerseits und Schwindel auf. Nach einigen Tagen zeigten sich Zeichen von Thrombophlebitis der Jugularis interna links, und es musste mit größter Wahrscheinlichkeit Fortsetzung der infektiösen Thrombose auf den Sinus transversus angenommen werden. Daher Resektion der Vena jugularis interna vom Schlüsselbein bis zum Foramen jugulare, bei deren Freilegung die Vena facialis an ihrer Einmündungstelle abreißt. Sie zeigte sich bis zum horizontalen Kieferaste mit Eiter gefüllt, während die Vena jugularis im ganzen Verlaufe mit eitrigen Thromben gefüllt war (darin Streptokokken). Darauf Freilegung des Sinus transversus nach der von v. Bergmann zur Freilegung der Schläfenlappen- und Kleinhirnabscesse angegebenen Methode mit Bildung eines Wagner'schen Haut-Periost-Knochenlappens. Sinus transversus und Sinus petrosi, mit eitrigen Thromben gefüllt, wurden mit Löffel entleert und dann tamponirt. Der Tampon wurde aus einer Lücke an der Basis des Lappens herausgeleitet und am 6. Tage p. op. entfernt. Pat. konnte geheilt entlassen werden und wird in vollem Wohlbefinden (über 4 Monate nach der Operation) vorgestellt.

Beiden Fällen gemeinsam ist also die Infektion der Blutleiter der harten Hirnhaut, einmal der Sinus cavernosi, das andere Mal des Sinus transversus und des Sinus petrosus, auf dem Wege der Venen von einer eitrigen Entzündung um die Alveolen erkrankter Zähne. Nach den Arbeiten von Demons und Lancial, die die Erkrankungen des Sinus im Anschlusse an Zahnkrankheiten genauer behandeln, und der übrigen Litteratur scheint bisher nur eine derartige einwandsfreie Beobachtung durch Lancial selbst gemacht worden zu sein.

In dem Falle von Lancial schritt die Eiterung von den Alveolen der oberen Schneidezähne auf die Vena coronaria, facialis,

angularis zu den Venae ophthalmicae und dem Sinus cavernosus fort, genau wie in den Fällen von Karbunkeln der Oberlippe, die mit Sinusphlebitis einhergingen. In allen anderen Fällen entstand die infektiöse Thrombophlebitis durch fortschreitende Periostitis und Osteomyelitis der Knochen des Kiefers und des Schädels fast immer im Sinus cavernosus nach Auftreten einer Orbitalphlegmone.

Die Infektion auf dem Blutwege ist wohl desshalb so selten, weil derselben verschiedene Hindernisse entgegenstehen. Es sind dies 1) die reichliche Zahl von Klappen in den Venen des Gesichts, die erst in vorgeschrittenem Alter schwinden, 2) die Richtung des Blutstromes — die Thrombose muss stets durch retrograden Transport erfolgen, 3) die geringe Ausprägung von Venennetzen im Zahnfleische und Periost der Kiefer. Andererseits bestehen zahlreiche Anastomosen zwischen den mit den Kiefern in Beziehung stehenden Venen und den Blutleitern der Hirnhaut, die von der rückläufigen Thrombose alle betreten werden können und betreten worden sind, z. B. zwischen Vena facialis und jugularis mit dem Sinus transversus, den Venae palatinae und pterygoidei mit dem Sinus cavernosus. Den bisher gemachten Erfahrungen entsprechen folgende Sätze: Erkrankungen der Zähne oder Periostitiden der Kiefer haben in einer größeren Reihe von Fällen zu Erkrankungen des Gehirns: Hirnabscess und Meningitis, selten zur Sinusphlebitis geführt. Die letztere entsteht auf dem Wege fortschreitender Knochenentzündung, die bis an die Schädelbasis und die Schädeldachknochen hinangeht nnd die benachbarten Sinus thrombosirt und inficirt, oder sie entsteht in sehr seltenen Fällen ganz direkt auf dem Blutwege durch die Venen. Gewöhnlich wird der Sinus cavernosus betroffen, selten der Sinus transversus oder der Sinus longitudinalis. Ob es gelingen wird, der Thrombophlebitis des Sinus cavernosus erfolgreich operativ beizukommen, steht noch dahin. Die Phlebitis des Sinus longitudinalis oder Sinus transversus muss sofort operativ angegriffen werden. Das wichtigste aber muss, wie bei allen Erkrankungen, die zur Thrombophlebitis der Sinus führen, die Prophylaxe sein. (Selbstbericht.)

---

15) **Sudeck** (Hamburg). Fräse zur Eröffnung der Schädelhöhle.

S. demonstrirt ein neues Instrument zur Eröffnung der Schädelhöhle. Es ist eine schlanke, spiralig um die Achse gewundene Fräse mit einer Schutzvorrichtung gegen die Verletzung des Gehirns. Das Instrument wird am besten in den Bohrschlauch eines elektrischen Motors eingesetzt und arbeitet dann außerordentlich rasch und sicher, kann aber auch im Handbetriebe gebraucht werden.

(Selbstbericht.)



16) **Poelchen** (Zeitz). Vorstellung eines durch Operation geheilten Epileptikers.

Vortr. stellt einen 21 Jahre alten Schlosser vor, den er am 23. November 1897 und im Laufe der nächsten 2 Monate noch 2mal wegen corticaler, angeblich im Jahre 1894 traumatisch erworbener Epilepsie mit vorläufig bestem Erfolge operirt hat. Die Krämpfe begannen regelmäßig im rechten Fuße, führten schnell zu allgemeiner Bewusstlosigkeit mit Zungenbiss und folgten sich so häufig, dass der Vorgestellte in den letzten 6 Wochen fast fortdauernd im Krampfzustande mit nachfolgenden, oft 30 und mehr Stunden dauernden, tiefen Bewusstseinsstörungen zu Bett lag. Die Operation genügte daher einer Indicatio vitalis. Sie wurde in Hypnose vorgenommen. Nach Herausmeißelung eines großen Wagner'schen Weichtheil-Knochenlappens, nach Spaltung der Dura, wölbte sich das nicht besonders blutreiche Gehirn ohne Pulsation stark vor, um nach Verlauf von 1—2 Sekunden zurückzusinken und zu pulsiren, abgesehen von einer 2markstückgroßen Stelle am oberen Ende der linken Centralwindungen. An dieser Stelle wurden nun mit Messer sowohl wie mit der Punktionsnadel vielfache Einstiche gemacht, ohne dass es möglich gewesen wäre, irgend etwas Pathologisches herauszubefördern; man hatte schließlich den Eindruck, als wenn es sich um eine umschriebene, progressive Ernährungsstörung — Hypertrophie — des Gehirns handelte. Der Knochenlappen wurde nicht wieder zurückgeklappt. Die Krämpfe blieben vorläufig fort, kehrten aber wieder, als der Knochenklappdeckel nach und nach wieder fest mit seiner Umgebung verwuchs und offenbar von Neuem einen Druck auf das Gehirn ausübte. Es wurde nöthig, den Knochendeckel noch 2mal zu lüften und schließlich so zu formiren, dass ein knöcherner Verschluss des Schädels ausgeschlossen war.

Am 1. August 1898 wurde der Pat. als geheilt aus dem Krankenhause entlassen. Jetzt giebt er an, vollkommen arbeitsfähig zu sein, täglich 4—5 *M* zu verdienen, seit seiner Entlassung aus dem Krankenhause 1mal einen kurzen Krampfanfall gehabt zu haben. Auf der linken Seite der Pfeilnaht fühlt man einen Knochendefekt von $2^1/_2$ cm größter Breite und $3^1/_2$ cm größter Länge. Der Defekt ist von haarloser, pulsirender Narbenhaut gedeckt, auf Druck nicht schmerzhaft, auch werden durch kurzdauernden Fingerdruck Krämpfe nicht ausgelöst. Der Vorgestellte machte einen durchaus gesunden Eindruck. Der Vortr. verwahrt sich ausdrücklich gegen die Meinung, als ob er in dem Vorgestellten einen durch Operation dauernd von Epilepsie Geheilten sehen wolle.

P. hat also hier im Jahre 1897 das Operationsverfahren angewendet, welches Kocher 1899 auf dem Chirurgenkongresse als Anlegung eines Ventils für den intrakraniellen Druck beschrieben hat.

Die 50 Minuten dauernde Operation geschah in Hypnose, weil einer der Hilfsärzte des Krankenhauses — Dr. Morgenroth, jetzt

in Wernigerode i/H. — als Schüler Forels sich viel mit Hypnose beschäftigt hatte. Während der Operation stöhnte der Pat. ein paar Mal leise auf. Nach Anlegung des Verbandes erhob er sich auf Aufforderung ohne Unterstützung vom Operationstische, kleidete sich an, ging in den Saal, entkleidete sich, legte sich zu Bett. Während bei der ersten Operation Dr. Morgenroth die Hypnose durchführte, geschah das später durch den Operateur selbst. (Selbstbericht.)

---

17) **Lexer** (Berlin). Vorstellung eines Falles von medianer Gesichts- oder Nasenspalte.

Die Veränderungen, welche der 20jährige Pat. aufweist, machen den Eindruck, als sei das ganze Gesicht unfertig, auf einer frühen Entwicklungsstufe stehen geblieben. Die ganze Nase sammt der Glabellagegend ist außerordentlich breit, die Nasenlöcher stehen weit aus einander, durch ein fingerbreites häutiges Septum getrennt. Während die Nasenflügel gut entwickelt sind, fehlt die Spitze vollkommen, der breite flache Nasenrücken ist von reichlicher dicker Haut bedeckt, die in der Mitte von der Stirn herab eine Längsfurche zeigt. Von dem knöchernen Gerüste der Nase ist der rechte Oberkieferfortsatz gering entwickelt, er steht in fast frontaler Ebene, während der stark ausgebildete linke Processus sagittal aufgestellt vorspringt. Zwischen beiden fühlt man in der Tiefe den breiten vorderen Rand des Septum nasium und eine dem Nasenbeine entsprechende Knochenplatte. Eine Lücke in der Gegend der Glabella ist nicht zu fühlen. Von den fötalen Spalten sind ferner Spuren der queren und schrägen Gesichtsspalte zu sehen, indem der rechte Mundwinkel nach außen verlagert erscheint und am linken Auge ein Kolobom des inneren Lidwinkels vorhanden ist. Ein größeres Kolobom am rechten Auge ist operirt worden. An diesem sind über der Hornhaut Reste einer amniotischen Adhäsion zu sehen, und von hier aus muss ein Strang nach oben gezogen sein, da im rechten oberen Lide ein Defekt vorhanden ist. Fasst man die vor beiden Ohren und an der rechten Wange sitzenden Hauthöcker und ferner einige haarlose Stellen innerhalb der weit bis zur Glabella nach abwärts verzerrten, behaarten Kopfhaut, eben so wie die Veränderung am rechten Auge als Stellen ehemaliger Verwachsungen mit dem Amnion auf, so kann man sich vorstellen, dass dieses mit straffer Spannung über das Gebiet des mittleren Stirnfortsatzes hinwegzog und sein Aufrichten verhinderte. Desshalb entwickelten sich seine Theile mehr in frontaler Richtung, verhinderten das Zusammenrücken der oberen Gesichtspartien und behielten die mediane Furche bei. Es wäre demnach die ganze Störung nach diesem Befunde vor Allem durch äußere Ursachen zu erklären.

(Veröffentlichung des Falles erfolgt später nach der Operation in Langenbeck's Archiv.) (Selbstbericht.)

---

18) **A. Schanz** (Dresden). Die Redression schwerer Skoliosen.

Zwei Indikationen sind bei der Behandlung schwerer Skoliosen zu erfüllen: erstens ist der skoliosirende Process auszutilgen und zweitens die jeweils erzeugte (fertige) Deformität zu korrigiren. Die Ziele, welche diese beiden Indikationen setzen, liegen in völlig verschiedener Richtung. Es ist unmöglich, dieselben gleichzeitig zu erreichen, da Kollisionen zwischen den verschiedenartigen Maßnahmen, welche diese verschiedenen Aufgaben erfordern, unvermeidlich sind.

Diesen Kollisionen entgeht man, wenn man die beiden Indikationen zeitlich getrennt in Angriff nimmt. Bedingung für ein solches Vorgehen ist, dass die Korrektion der fertigen Deformität in so kurzer Zeit erfolgt, dass der in dieser Zeit mögliche Fortschritt des deformirenden Processes gleich Null gesetzt werden kann. Aus diesem Grunde kommt hier von allen Korrektionsmethoden nur das modellirende bezw. forcirte Redressement in Betracht. Die Behandlung hat damit zu beginnen. Ihr 2. Abschnitt hat die Aufgabe, den skoliosirenden Process auszutilgen und dem Recidive, welches ebenfalls ein skoliosirender Process ist, vorzubeugen.

Eine Behandlung nach diesem Programme beginnt mit der Mobilisation der Wirbelsäule als Vorbereitung für die Redression. Die Redression erfolgt unter scharfer Extension der Wirbelsäule in einem entsprechend armirten Beely'schen Rahmen. Das Korrektionsresultat wird durch einen vom Becken bis auf den Hals reichenden Gipsverband fixirt. Der Verband bleibt 12 Wochen liegen. Der Grad von Korrektion, welcher im Verbande eingestellt und erhalten werden konnte, ist das erreichte Resultat.

Dieses Resultat wird im 2. Abschnitte der Behandlung festgehalten durch Maßnahmen, welche die Aufgabe haben, den skoliosirenden Process auszutilgen.

Hilfsmittel dazu sind: Stützapparat, redressirendes Gipsbett, Massage, Gymnastik etc., Hebung der Gesammtkonstitution, Ausschaltung adäquater Schädlichkeiten.

Wie weit man auf diesem Wege kommen kann, zeigt Vortr. an zwei Pat., welche er im Herbste 1898 redressirt hat. Das Korrektionsresultat fand bei dem einen (Mädchen von 11 Jahren) seinen Ausdruck in einer Körperverlängerung von 13—14 cm, beim anderen (Knabe von 10 Jahren) in einer Verlängerung von 9 cm. Das Resultat ist bis jetzt ($1^1/_4$ Jahr nach Abnahme des Verbandes) unverändert erhalten.

Die Deformitäten sind nahe an die völlige Heilung gebracht. Völlige Heilung ist bisher desshalb nicht möglich, weil Skoliosen nicht derart in Überkorrektur im Verbande eingestellt werden können, wie z. B. der Klumpfuß. Sobald das gelingt, ist auch die schwere Skoliose heilbar. (Selbstbericht.)

19) **O. Vulpius** (Heidelberg). Über den Werth des orthopädischen Stützkorsetts.

In der Behandlung der Rückgratsverkrümmungen hat das Stützkorsett stets eine erhebliche Rolle gespielt. Das überraschend abfällige Urtheil von Schulthess über den Werth des orthopädischen Korsetts veranlasst mich, die Bedeutung desselben an dieser Stelle zur Besprechung zu bringen und meine Ansichten hierüber mit wenig Sätzen zu präcisiren, unter Berufung auf etwa 800 Fälle, in welchen ich das Stützkorsett in Anwendung gezogen habe.

In Betracht kommt das Korsett hauptsächlich bei der Skoliose, der Spondylitis, der Tabes.

Bei der Tabes ist ein günstiger Einfluss des Korsetts in so fern zu konstatiren, als es fast stets von den Pat. als angenehme Stütze empfunden wird. Ob durch dasselbe eine dauernde Besserung der Krankheitssymptome erzielt wird, ist nicht genügend festgestellt. Jedenfalls ist die Extensionswirkung des Korsetts nicht gleichwerthig mit der Suspension.

Die lokale Therapie der Spondylitis verlangt vor Allem Ruhigstellung und Entlastung des kranken Abschnittes der Wirbelsäule. Dies vermag das Korsett nicht zu leisten im floriden Stadium der Entzündung; es ist indicirt erst während der Ausheilung. Hier gegewährleistet es: Sicherung gegen äußere Insulte, Fixation und Entlastung, letztere sowohl mittels einer wenn auch beschränkten Extension als mittels Reklination oder Lordosirung.

Diese Lordosirung erzielt zugleich Beschränkung der Gibbusbildung und Verdeckung des Gibbus durch paragibbäres Redressement.

Der Beweis für die Wirksamkeit des Korsetts in den erwähnten Richtungen ist mathematisch exakt nicht zu erbringen, doch lassen sich anführen sowohl die objektive Beobachtung mäßiger Gibbusbildung bei Korsett-Trägern als die subjektiven Angaben, dass das Korsett stützt, Schmerzen beseitigt.

Wir kommen zur Skoliosentherapie, deren Ziel ist: Kräftigung der Rückenmuskulatur, Mobilisirung der Wirbelsäule.

Da diese Erfolge zerstört werden durch die Schädigungen des Alltagslebens, des Schulbesuches u. dgl., und da letztere unmöglich völlig vermieden werden können, so bleibt uns zur Sicherung des Behandlungsresultates neben häuslicher Nachbehandlung nur das Stützkorsett.

Dasselbe vermag 3 Zwecke zu erfüllen:

1) Stützung der Wirbelsäule resp. Entlastung der Rückenmuskulatur; Beweis: Die gute Haltung der Pat. im Korsett und ihre Angaben über die empfundene Stützung.

2) Festhaltung der Stellungsverbesserung, welche durch die mobilisirende Behandlung ermöglicht ist, und zwar hinsichtlich aller Komponenten der Skoliose.



a. Der Krümmungsbogen wird gestreckt erhalten; Beweis: Messbare Verlängerung des Rumpfes und Verschwinden der Interkostalschmerzen bei Scoliosis dolorosa.

b. Die Korrektur der seitlichen Rumpfverschiebung wird erhalten; Beweis: Vergleich der Pat. mit und ohne Korsett.

c. Die durch Behandlung ermöglichte Detorsion wird im Korsett festgehalten; Beweis: Druckspuren entsprechend den Torsionswülsten. Dieselben stellen den durch den Korsettdruck erzeugten Abklatsch eines Netzunterjäckchens resp. die Perspirationslöcher dar. Sie entstehen, wo das Korsett einem Drucke Widerstand leistet resp. Gegendruck ausübt.

3) Eine heilende Wirkung des Korsetts ist mindestens in dem Sinne vorhanden, dass eine Verschlimmerung verhütet wird. Es ist aber auch annehmbar, dass die an den Druckspuren erkennbare Pression nicht ohne Einfluss wenigstens auf die Rippenverbiegung bleibt.

Die Einwände der Korsettgegner beruhen zum Theil auf einer Verwechslung des orthopädischen Korsettes mit dem normalen Frauenkorsett.

Dass durch das Korsett-Tragen Anämie, Atrophie aller Weichtheile entstehe, entspricht durchaus nicht unseren Beobachtungen.

Eben so unrichtig ist, dass man ein exakt sitzendes Korsett nicht herstellen könne, wie schon die erwähnten Druckspuren beweisen.

Wohl aber ist zuzugeben, dass die Korsett-Technik eine schwierige ist.

Der Versuch von Schulthess, mittels einer Statistik und mittels seiner Messungsbilder den schädlichen Einfluss des Korsetts zu beweisen, ist nicht einwandsfrei. Die Statistik enthält Irrthümer, die Messungsbilder sind zwar wissenschaftlich interessant, aber nicht absolut zuverlässig.

Die Indikationen für das Skoliosenkorsett stelle ich folgendermaßen:

Während stationärer Anstaltsbehandlung kein Korsett. Während ambulanter gymnastischer Behandlung Korsett, wenn daneben Schulbesuch stattfindet. Nach Abschluss der Kur unter allen Umständen ein Korsett.

Bei unmöglicher gymnastischer Behandlung unbedingt ein Korsett, wenn eine Zunahme der Skoliose möglich ist.

Von Korsettformen kommen in meiner Anstalt wesentlich zwei in Verwendung, das Stoffkorsett mit Stahlgerüst und das starre Korsett aus Cellulose, Hornhaut o. dgl.

Das Stoffkorsett enthält den Vorzug: bei Tabes, bei Spondylitis mit fehlendem oder kleinem Gibbus, bei habitueller Schiefhaltung, bei prognostisch günstigen Skoliosen. Schwere Formen von Spondylitis und Skoliose erheischen das starre Korsett.

Auf die Beschreibung technischer Verbesserungen kann ich mich hier nicht einlassen, hoffe aber, trotz der Kürze dieser Mittheilung gezeigt und überzeugt zu haben, dass das orthopädische Stützkorsett Werth und Wirkung hat, wenn es am richtigen Orte und in richtiger Gestalt angewendet wird. (Original.)

20) **Hoffa** (Würzburg). Über die Behandlung des Schiefhalses mittels partieller Exstirpation des Kopfnickers nach v. Mikulicz.

H. hat in 4 schweren Fällen von Caput obstipum bei älteren Pat. die partielle Exstirpation des Kopfnickers nach der Methode von v. Mikulicz gemacht. Die Operation hat in allen 4 Fällen ein sehr gutes Resultat ergeben. Die Pat. vermögen ihren Kopf ohne jede Anstrengung gerade zu tragen und ihn nach allen Seiten hin frei zu bewegen. Dieses gute Resultat ist erreicht worden ohne jede weitere orthopädische Nachbehandlung. H. bestätigt in dieser Beziehung völlig die Angaben von v. Mikulicz. Merkwürdigerweise gleicht sich auch die Halsskoliose von selbst aus. Die kosmetischen Resultate sind keine schlechten. Es fehlt natürlich etwas das Relief des Halses an der operirten Seite, aber doch nicht so auffällig, als man dies von vornherein erwarten sollte. Die Entstellung ist nicht viel größer als nach der offenen Durchschneidung der Weichtheile.

H. glaubt nach seinen Resultaten die v. Mikulicz'sche Operation in schweren Fällen von Caput obstipum empfehlen zu sollen, d. h. in Fällen, in denen nach anderweitiger Behandlung Recidive aufgetreten sind, oder bei Fällen, die erst in späteren Lebensjahren in die Behandlung eintreten. Bei der Wahl der Operationsmethode spricht für die Mikulicz'sche Methode die Thatsache, dass man nach der richtig ausgeführten Operation eine weitere orthopädische Nachbehandlung nicht mehr nöthig hat. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Trendelenburg (Leipzig) bemerkt, dass das kosmetische Resultat nach der totalen Exstirpation des Kopfnickers wenig schön sei, und dass er funktionell mit der queren Durchschneidung des Muskels und der hinteren Fascie stets Genügendes erreicht habe.

R. v. Hippel (Dresden).

F. Franke (Braunschweig) berichtet über einen Fall von Schiefhals, in dem sogar die gänzliche Entfernung des M. sterno-cleido-mastoideus keine Heilung brachte, sondern schon nach 3—4 Wochen von schwererem Recidive gefolgt war. Bei der wiederholten Operation fand sich eine starke Schrumpfung der tiefen Halsfascie; erst nach Abschälen derselben von den Gefäßen und Nerven und ihrer gänzlichen Entfernung verschwand der Schiefhals völlig.

Zur Zeit hat er einen 2. Fall (operirt von einem Kollegen) von Operation nach Mikulicz in Beobachtung, in dem ebenfalls ein

Recidiv aufgetreten ist. Er betont desshalb, dass ohne Zweifel Fälle existiren, in denen es sich nicht nur um Entzündungen mit folgender Schrumpfung im Muskel, sondern auch um solche Vorgänge in der Halsfascie handelt, und betont Trendelenburg gegenüber, dass solchen Pat. gründlich nur durch Entfernung nicht nur des Muskels, sondern auch der tiefen Halsfascie geholfen werden könne.

(Selbstbericht.)

Bunge (Königsberg i/Pr.): In 2 Fällen hat in der Königsberger Klinik das Mikulicz'sche Verfahren ebenfalls versagt. Bei dem 1. Pat. (10jähriger Knabe) stellte sich kurze Zeit nach der Exstirpation der unteren $^{2}/_{3}$ des Muskels ein Recidiv ein. In einer 2. Operation wurde eine an der früheren Operationsstelle gebildete derbe sklerotische Narbe exstirpirt und die sich spannenden Theile der geschrumpften Halsfascie mit entfernt. Trotzdem 2. Recidiv; 3. Operation. Die wiederum gebildete sklerotische, fest mit der Jugularis interna verwachsene Narbe wurde entfernt; dabei wurde eine Wandresektion der Jugularis mit seitlicher Naht nothwendig. Der ganze Muskel wurde nunmehr exstirpirt. Heilung.

II. Fall, 22jähriger Mann.

Nach der 1. Operation (Exstirpation der unteren $^{2}/_{3}$) Recidiv. In einer 2. Operation wurde auch hier die neugebildete sklerotische Narbe exstirpirt und gleichzeitig das letzte Drittel des Muskels mitentfernt. Auch hier erfolgte Heilung nach Exstirpation des ganzen Muskels. (Selbstbericht.)

Helferich (Kiel) macht darauf aufmerksam, dass die von Hoffa an seinen Pat. vorgeführten Bewegungen auch nach vollkommenem Ausfalle der Funktion des Muskels möglich sind. Für die Prüfung der Funktion des Kopfnickers, der fälschlich so genannt wird, ist nur ein langsames Niederlegen und Aufrichten des Kopfes in Rückenlage des Pat. verwerthbar. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

21) **A. Most** (Breslau). Zur Topographie und Ätiologie des retropharyngealen Drüsenabscesses.

M. hat die Topographie der am Pharynx befindlichen Lymphdrüsen und deren Quellgebiete in Rücksicht auf die Entwicklung des retropharyngealen Drüsenabscesses untersucht. Danach unterscheidet M. 2 Gruppen pharyngealer Drüsen: 1) Gl. retropharyngeales sensu strictiori; unregelmäßig vorkommende, oft verschwindend kleine Gebilde, die auch nach Zahl und Lage große Schwankungen aufweisen. 2) Gl. pharyngeales laterales; typische Lymphknoten, die stets nahe dem Winkel der hinteren zur seitlichen Schlundkopfwand median von der Carotis interna und meist nahe ihrem Eintritte in den Canalis caroticus des Schädels sich befinden; in der Mehrzahl der Fälle kommt je eine Drüse vor. Diese ist nun für die Lokalisation des retropharyngealen Drüsenabscesses von besonderer Bedeutung. Die Gl. pharyngeales laterales sind auch beim Erwachsenen

vorhanden und können krebsig und tuberkulös entarten. Zur Pathologie des retropharyngealen Drüsenabscesses gehören ferner die tiefen cervikalen Drüsen, welche seitlich der Vena jugularis den Scalenis aufliegen; denn mit ihnen sind die pharyngealen Drüsen und deren Quellgebiete durch zahlreiche Anastomosen verbunden.

Mittels des Injektionsverfahrens versuchte M. die Quellgebiete der pharyngealen Drüsen zu bestimmen. Zu diesen gehören: die hintere Rachenwand und die angrenzenden seitlichen und oberen Theile des Schlundkopfes, das Naseninnere und seine Nebenhöhlen, so wie wahrscheinlich auch das innere Ohr. Bei entzündlichen Erkrankungen und malignen Tumoren dieser Quellgebiete und deren Nachbarschaft, so wie auch bei tuberkulösen Halslymphomen wird man auf das Verhalten der pharyngealen Drüsen zu achten haben.

(Selbstbericht.)

---

22) **G. Gottstein** (Breslau). Pseudostimme nach Totalexstirpation des Larynx.

G. stellt einen Pat. vor, bei dem die Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinoms nach der Gluck'schen Methode vor ca. einem Jahre ausgeführt worden ist. Nach Exstirpation des Kehlkopfes wurde die Trachea in den unteren Wundwinkel eingepflanzt, so dass eine Verbindung zwischen der Lunge und der Mundhöhle nicht mehr besteht. Um auf anderem Wege eine Verbindung zu schaffen, wurde mittels eines Schlauches die Luft aus der Trachea direkt in den Mund geleitet und in diesem Schlauche eine Stimme eingeschaltet. Mittels dieses Phonationsapparates konnte Pat., der sonst nur mit einer der Flüstersprache ähnlichen Sprache sich in allernächster Nähe verständlich machen konnte, so laut sprechen, dass er seinen Dienst als Eisenbahnbeamter wieder versehen konnte.

Im Anschlusse an 2 frühere Fälle, in denen sich durch Zufall eine »Pseudostimme« entwickelt hatte, wurde in diesem Falle der Versuch gemacht, durch systematische Übungen dies zu erreichen. Es gelang dies auch wirklich. Pat. ist jetzt im Stande, nicht nur die Konsonanten, so wie die Vokale im Zusammenhange mit den Konsonanten laut auszusprechen, sondern auch jeden einzelnen Vokal für sich allein zu sprechen. Er ist auch fähig, seine Stimme zu moduliren; dieselbe hat den Umfang von über 1 Oktave. (Pat. trägt ein Gedicht vor und singt ein Lied.) Die Stimme, mit der der Pat. spricht, wird erzeugt durch das Anlegen der Epiglottis an die sich kontrahirende Pharynxmuskulatur. Die Luft, die er zum Anblasen des Tones braucht, stammt aus einem Windkessel, der sich an der Stelle, wo der Kehlkopf exstirpirt ist, gebildet hat. Die Auspressung dieses Windkessels geschieht durch die sich stark kontrahirende Halsmuskulatur. Außer diesem Luftkessel verfügt Pat. noch über einen zweiten unterhalb des ersteren, aus dem Luft nach Expression des ersten Windkessels hineinströmt. Dieser zweite Windkessel befindet sich im oberen Theile des Ösophagus und wird ex-

primirt durch die sich kontrahirende quergestreifte Muskulatur des obersten Ösophagusdrittels. Die Resultate sind durch Kurven gewonnen, mittels des Kymographions angelegt. Nach 6—10 Silben muss Pat. ca. $^1/_5$ Sekunde innehalten, um Luft zu holen. Hierbei hört man ein eigenartiges glucksendes Geräusch, mit dem die Luft in den luftleeren Windkessel eindringt. Meistens ist dieses Geräusch mit einer Schluckbewegung verbunden; dann dauert die Pause gewöhnlich etwas länger. (Selbstbericht.)

23) **F. v. Mangoldt** (Dresden). Übertragung von Rippenknorpel zwischen die Schildknorpelplatten zur Heilung schwerer Narbenstenosen des Kehlkopfes.

24) Derselbe. Über Heilung der Sattelnase durch Knorpelübertragung.

Vortr. berichtet über seine weiteren Erfahrungen mit Übertragung von Rippenknorpel in den Kehlkopf und in die Nase und demonstrirt sein Verfahren an 2 geheilten Pat.

Die zuerst vorgestellte Kranke betrifft ein 43jähriges Fräulein, welches vor 20 Jahren einen schweren Typhus überstanden und danach eine hochgradige Verengerung des Kehlkopfes zurückbehalten hatte.

Nach Ausführung des Luftröhrenschnittes musste sie in der Folge eine enge Schornsteinkanüle tragen, welche Sprechen und Athmen außerordentlich erschwerte. Häufige Katarrhe hatten zu Emphysem der Lungen, der beständige Reiz der Kanüle auch zur Verengerung im oberen Theile der Trachea geführt. Als Pat. in Behandlung trat, trug sie bereits die Kanüle 18 Jahre.

Die Operation zum Zwecke der künstlichen Erweiterung des Kehlkopflumens durch Einschaltung von Rippenknorpel zwischen die Schildknorpelplatten zerfiel in 5 Akte:

1) Aseptische Übertragung einer ca. 5 cm langen, 1 cm breiten und $^1/_2$ cm dicken, keilförmig zulaufenden Knorpelspange aus dem rechten 8. Rippenknorpel mit sorgfältiger Erhaltung des Perichondriums unter die Halshaut neben und parallel zu Kehlkopf und Luftröhre. Dabei blieb die Perichondriumseite des Knorpels der Haut zugekehrt.

2) 5 Monate später Umhüllung des Knorpelstückes auch auf seiner Unterfläche mit normaler Haut in ihrer ganzen Dicke durch Umschlagen eines Hautlappens um den Knorpel.

3 Wochen nach der Einheilung des Knorpels in den umhüllenden Hautlappen

3) Laryngofissur und Einpflanzung des abgelösten breit gestielten Haut-Knorpellappens nach seitlicher Anfrischung zwischen die Schildknorpelplatten. Dabei wird die den Knorpeltheil nach Innen gegen den Kehlkopf zu deckende Haut mit der Kehlkopfschleimhaut, der

Knorpel mit den Schildknorpelplatten durch wenige Nähte vereinigt und die Trachealkanüle im unteren Wundwinkel noch fortgetragen. Am unteren und oberen Knorpelende bleibt eine schmale Verbindung zwischen der den Knorpel einhüllenden Außen- und Innenhaut als Ernährungsbrücke für den dem Kehlkopflumen zugekehrten Hautstreifen bestehen.

Vier Wochen später

4) Durchschneidung der Ernährungsbrücke am oberen Knorpelende und nach Anfrischung Schluss der oberen Kehlkopffistel durch die Naht.

Bald darauf

5) Durchschneidung der Ernährungsbrücke am unteren Knorpelende, Anfrischung und Schluss der unteren Fistel durch die Naht. Weglassung der Kanüle nach vorangegangener Intubation. Anfangs täglich, dann einen Tag um den anderen, späterhin in größeren Zwischenräumen wird für $1/2$—1 Stunde am Tage Tubus 15—16 nach O'Dwyer eingeführt und damit bis zur soliden Ausheilung nach 2 Monaten fortgefahren.

Die Heilung erfolgte also in diesem Falle durch Übertragung von Rippenknorpel zwischen die Schildknorpelplatten nach vorheriger Einhüllung des Knorpels in einen den Knorpel allseits umgebenden gestielten Hautlappen, und zwar in der Weise, dass normale Haut den Rippenknorpel im Kehlkopfinnern deckte, und der Rippenknorpel in Keilform, wie der Schlussstein eines Gewölbes zwischen die aus einander gedrängten Schildknorpelplatten hineingefügt wurde.

Dieses Verfahren bietet gegenüber der einfachen Übertragung eines unter die Haut eingeheilten Stückes Rippenknorpel in den Kehlkopf den Vortheil, dass durch die Bedeckung des Knorpelstückes an seiner Innenseite mit Haut eine weitere Schrumpfung im Kehlkopfinnern vermieden und der immerhin möglichen späteren Narbenhineinziehung des Knorpels in den Kehlkopf durch seine Keilform vorgebeugt wird.

Bei der vorgestellten Kranken fühlt man das Knorpelstück unter der Haut zwischen den Schildknorpelplatten; bei Schluckbewegungen geht es mit dem Kehlkopfe auf und nieder; es hat sich der Form des Kehlkopfes durch leichte Schrumpfung an seiner Perichondriumseite (Außenseite) etwas bogenförmig eingefügt.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man den noch deutlich erkennbaren weißlichen Hautstreifen etwas gewulstet zwischen den Schildknorpelplatten verlaufen.

Die Stimmritze ist weit, aber etwas schief gestellt. Die wahren Stimmbänder sind verdickt, gewulstet und verkürzt. Zwischen den Aryknorpeln findet sich eine strahlige Narbe.

Die vorgestellte Kranke spricht zwar mit heiserer, aber verständlicher Stimme. Nur bei andauernder rascher Körperbewegung tritt Athemnoth ein, die auf das Emphysem zu beziehen ist. —

Bei dem zweiten Kranken, einem 15 Jahre alten Knaben, handelt es sich um die Beseitigung einer durch hereditäre Lues entstandenen Sattelnase. In diesem Falle wurde ein der Länge des Nasenrückens entsprechendes Stück Rippenknorpel von einem kleinen Einschnitte von der Glabella aus unter die unterminirte Haut bis zur Nasenspitze mit der Perichondriumseite nach einwärts vorgeschoben und 5 Monate später die ganze Weichtheilnase mit sammt dem Rippenknorpel durch /\-Schnitt abgelöst, nach unten verschoben und das obere Knorpelende in den Winkel zwischen Glabella und knöcherner Nasenwurzel eingestemmt, wodurch die Nase ein normales Profil erhielt. In die schlotternden Nasenflügel wurde von einem kleinen Schnitte in der Vasolabialfalte aus beiderseits eine schmale Knorpelspange mit der Perichondriumseite nach einwärts gegen die Nasenspitze zu eingezogen und dadurch die Wiedererlangung normaler Wölbung und Festigkeit der Nasenflügel erreicht.

Vortr. hat im Ganzen 5 solcher Knorpelübertragungen ausgeführt, 3 im Kehlkopfe, 2 in der Nase, und glaubt, dass wir im Rippenknorpel ein brauchbares Material haben, das in dazu geeigneten Fällen zweckmäßig Anwendung findet. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Bergmann (Berlin) bemerkt, dass am vorgestellten Falle das Knorpelstück unter der Haut am Kehlkopfe auffallend beweglich sei und nicht angewachsen zu sein scheine.

v. Mangoldt (Dresden) erwidert, dass er der Vorsicht halber 2 Knorpelstücke implantirt habe. Das unter der Haut zu fühlende sei beweglich geblieben. Jaffé (Hamburg).

---

25) **Tietze** (Breslau). Hautsarkom in der Mammagegend, einen Mammatumor vortäuschend.

Redner demonstrirt Moulage, Photographie und Präparate eines Falles von multiplen, pigmentlosen, aber mit oberflächlichen Gefäßen reichlich versehenen knolligen Hautsarkomen, welche bei einer 40-jährigen Frau so dicht neben einander in der Haut der rechten Mamma saßen, dass dadurch der Eindruck eines höckrigen Sarkoms der Mamma selbst entstand, und es erst genauer Untersuchung bedurfte, um den Irrthum zu vermeiden. Die Tumoren waren ganz langsam seit dem 12. Jahre der Pat. entstanden, in letzter Zeit schneller gewachsen und exulcerirt. Sehr übel prognostisch erschien eine lebhafte Gefäßinjektion um die Basis der Mamma herum. Exstirpation der Mamma und der Tumoren, Transplantation des Defektes. Die Tumoren erweisen sich als Spindelzellsarkome. Verabfolgung von Arsen. Pat. ist, vielleicht in Folge der Arsentherapie, trotz der Anfangs scheinbar ungünstigen Aussichten, jetzt, nach annähernd einem Jahre, noch recidivfrei und in blühendem Zustande.

(Selbstbericht.)

---

26) **v. Angerer** (München). Über subkutane Darmruptur und ihre operative Behandlung.

Von der frühzeitigen Erkenntnis, ob eine Bauchkontusion mit Darmzerreißung komplicirt ist, hängt die rationelle Behandlung dieser schweren Verletzung ab. Es ist desshalb wichtig, die primären Symptome, wie sie im Anschlusse an die Verletzung oder in den ersten Stunden nach derselben auftreten, zu kennen und zu beachten; denn das Krankheitsbild kann nach Ablauf von 24 Stunden ein ganz anderes geworden sein durch die inzwischen eingetretene septische Peritonitis.

Anamnestisch wichtig ist die Art der Gewalteinwirkung, und hier sind es besonders Gewalten, die an einer umschriebenen Stelle senkrecht den Unterleib treffen; außerdem ist der Zustand der Bauchdecken von Wichtigkeit. Bei schlaffen, dünnen Bauchdecken genügen schon unbedeutende Traumen, eine Darmruptur hervorzubringen. Die Chokerscheinungen sind in ihrer Intensität nicht ausschlaggebend; denn auch bei schweren Darmverletzungen kann Chok fehlen. Dauern aber die Chokerscheinungen stundenlang in gleicher Heftigkeit an oder erfahren sogar eine Steigerung, so ist mit Sicherheit eine innere Verletzung anzunehmen. Zunehmende Pulsfrequenz und Temperatursteigerung sind durch die einsetzende septische Peritonitis bedingt. Die Athmung ist kostal, tiefe Athemzüge werden wegen der dabei im Abdomen auftretenden Schmerzen vermieden, die Abdominalathmung sistirt. Bei einfachen Kontusionen ohne Darmläsion pflegt das Erbrechen zu fehlen, bei Darmrupturen tritt in der Regel frühzeitig und anhaltendes Erbrechen auf. Der Schmerz ist anhaltend, im Anfange oft streng lokalisirt und durch Druck zu steigern; später tritt diffuse Schmerzhaftigkeit auf.

Durch die des Schmerzes halber gegebenen Morphiuminjektionen und Opiumdosen wird das Krankheitsbild, die Schwere der Erkrankung verschleiert und werden Täuschungen veranlasst. Die Rupturstelle des Darmes wird durch Muskelkontraktion der Darmwand und durch die prolabirende Schleimhaut provisorisch verschlossen, so dass in den ersten Stunden post trauma der Austritt von Darminhalt und Darmgasen verhütet werden kann. Desshalb spricht das Vorhandensein der Leberdämpfung durchaus nicht gegen das Vorhandensein einer Darmruptur.

Von besonderer Wichtigkeit für eine Darmruptur und intraperitoneale Verletzung überhaupt ist die Spannung der Bauchdecken, die bei reinem Chok und bei einfachen Bauchkontusionen fehlt.

Die konservative Behandlung der subkutanen Darmrupturen ist absolut ungenügend; denn von 160 Fällen haben 149 mit Tod geendet und von den 11 Geretteten mussten nachträglich 10 noch an Kothabscessen, Kothfisteln operirt werden (Petry). Desshalb soll

4*

so frühzeitig wie möglich die Laparotomie gemacht, die Darmruptur aufgesucht und die Ruptur durch die Naht, ev. nach vorausgegangener Darmresektion geschlossen werden. Chok ist keine Kontraindikation für die Vornahme der Operation, und zur Narkose wird Äther empfohlen, da die lokale Anästhesie nicht ausreichend ist. Da häufig mehrere Rupturstellen vorhanden sind, so ist ein methodisches Absuchen des ganzen Darmtractus geboten, und zwar beginnt man am besten an der Plica duodenojejunalis; man lässt den Darm Stück für Stück durch die Finger gleiten und reponirt den abgesuchten, gesunden Darm gleich wieder in die Bauchhöhle. Ist bereits exsudative Peritonitis vorhanden, so ist es Zwecks gründlicher Desinfektion besser, die Darmschlingen extraperitoneal zu lagern und die Bauchhöhle mit sterilisirter Kochsalzlösung von 40—42° R. auszuspülen; in diesen Fällen ist es auch geboten, auf einen Nahtverschluss der Laparotomiewunde zu verzichten; man lege lange, weite Gummidrains oder Gazetampons ein, um etwa neu sich bildende Exsudate nach außen zu leiten.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt a/M.) operirte einen Mann 3 Stunden nach einer Kontusion des Unterleibs wegen Perforationssymptomen. R. fand die Flexura coli sinistra in tetanischer Kontraktion, aber keine Spur einer Läsion. Die Bauchwunde wurde wieder geschlossen. Es trat Heilung ein.

Jaffé (Hamburg).

Stolper (Breslau) illustrirt die Schwierigkeit der Diagnose der traumatischen Darmruptur durch zwei Beobachtungen. Es handelte sich um Leute mit schwerer allgemeiner Körperquetschung, die wenige Stunden nach dem Unfalle Auftreibung des Abdomens zeigten, während daneben die Zeichen hochgradigen Choks bestanden. In dem einen Falle wurde laparotomirt, aber keine Darmruptur gefunden, in dem andern ging der Meteorismus rasch wieder zurück. Beide Male lag, wie die Obduktion erwies, eine Kompressionsfraktur der Wirbelsäule mit Markverletzung vor, die gegenüber den alarmirenden Abdominalsymptomen unentdeckt geblieben war. Diesen spinalen Meteorismus wird man bei schweren Allgemeinquetschungen immer in Erwägung ziehen müssen.

(Selbstbericht.)

Eichel (Straßburg i/E.): Redner ist in einer besonders günstigen Lage dadurch, dass er seine Bauchverletzten verhältnismäßig sehr früh in Behandlung bekommt. In der Garnison Straßburg von praeter propter 15000 Mann aller Waffengattungen ist der Sanitätsdienst derartig geregelt, dass sich jede schwerere Verletzung innerhalb der nächsten 3 Stunden post trauma auf Redners Station befindet, was bei Leuten mit subkutanen Bauchverletzungen außerordentlich wesentlich ist.

Erstens desshalb, weil gleich von der ersten Stunde der Verletzung an die richtige Therapie eingeschlagen werden kann, zunächst

in der Prophylaxe. Das erste Princip bei Kranken, die ein Trauma des Abdomens erlitten haben, muss das sein, alle Schädlichkeiten von ihrem Darmkanal fern zu halten, und dazu gehört in erster Linie, dass sie auf absolute Diät gesetzt werden. E.'s Pat. erhalten per os nichts, nicht einmal Eisstückchen, in den ersten Stunden auch nichts per rectum, weil dadurch die Peristaltik auch höher gelegener Darmabschnitte angeregt und auf diese Weise das Zustandekommen etwaiger Verklebungen um eine verletzte Darmschlinge gestört werden kann; sodann weil durch Nährklystire und Kochsalzeinflüsse ins Rectum das Krankheitsbild verschleiert werden kann, namentlich wenn es sich um intraperitoneale Blutergüsse handelt. Das Charakteristische für derartige Fälle ist ja gerade, dass sich die Leute, die eine stärkere oder schwächere Dämpfung in der Bauchhöhle haben, von dem Traumachok nicht erholen, dass im Gegentheil der Chok zunimmt. Führt man derartigen Pat. in den ersten Stunden reichlich Flüssigkeit per rectum zu, so kann es sich ereignen, dass zeitweise sich das Befinden zu bessern scheint, dass sich der Puls hebt und dass man im Zuwarten auf eine weitere Besserung die richtige Zeit zum operativen Eingriffe vorübergehen lässt. Es ist also besser, man wartet mit den Rectumeinläufen, bis man zu einer bestimmten Diagnose gekommen ist, und giebt sie dann in reichlichem Maße vor und während der Operation.

Der zweite Vortheil, den das frühe Verbringen der Bauchverletzten auf eine chirurgische Abtheilung hat, ist der, dass derselbe Arzt den Kranken stündlich überwachen und den geeigneten Moment zur Operation bestimmen kann. Gerade auf die wiederholte Untersuchung derartiger Kranker ist das größte Gewicht zu legen; durch die erste Untersuchung kann man nur ein allgemeines Bild gewinnen, erst bei der zweiten und dritten wird man im Stande sein, sich nähere Aufschlüsse über die Natur der vorliegenden Verletzung zu verschaffen; man wird vor Allem den Eindruck gewinnen, ob der Zustand des Kranken derselbe geblieben ist oder sich verschlechtert hat.

Die Frühdiagnose einer subkutanen Zerreißung des Magendarmkanales ist sehr schwer; sie wird sich je nach der Menge des Kothaustrittes in die Bauchhöhle und nach der Reaktion des Bauchfelles auf diesen Austritt verschieden gestalten. Sichere Anzeichen für eine subkutane Darmzerreißung giebt es nicht.

Den größten Werth legt Redner auf das Verhalten des Pulses; steigt derselbe über 100 und wird deutlich gereizt, so ist eine beginnende peritoneale Infektion höchst wahrscheinlich, auch wenn keine Dämpfung im Abdomen vorhanden und die Temperatur noch keine Erhöhung erfahren hat. Verf. würde in einem derartigen Falle, nach Ausschluss aller für die Pulssteigerung heranziehbaren Möglichkeiten, unbedenklich laparotomiren. Sein erster Fall ist allein auf dies Verhalten des Pulses hin operirt und gerettet, und später ist ein 2. Mal in der Klinik des Herrn Prof. Madelung auf das gleiche Symptom hin mit demselben Erfolg vorgegangen.

Die von Herrn v. Angerer angeführte starre Kontraktion und Schmerzhaftigkeit der Bauchwand ist, wie der folgende Fall beweist, unter Umständen nur mit Vorsicht zu verwenden. Es handelte sich um einen Mann, der einen starken Bajonettstoß etwas links unterhalb des Nabels bekommen hatte. Der Mann war sofort umgefallen, er kam mit allen Zeichen des Choks ins Lazarett. Er erholte sich aus dem Chok, doch trat Erbrechen auf, in der linken Unterbauchgegend war eine geringe Dämpfung. Etwa handbreit unterhalb und nach links vom Nabel befand sich eine handtellergroße Stelle der Bauchwand, die auf Druck äußerst schmerzhaft schien, und bei deren Berührung die Bauchmuskeln sich bretthart kontrahirten. Redner war bei dem Erbrechen, der Dämpfung auf dies Symptom der starren Kontraktion hin halb und halb entschlossen, zu laparotomiren, trotz der Abwesenheit von Pulsbeschleunigung. Er stellte dem Manne vor, da die Stelle so schmerzhaft sei, dass er bei ihrer Berührung zusammenzucke, und sein Leib ganz fest werde, so werde wahrscheinlich etwas in der Bauchhöhle verletzt sein, und man müsse nachsehen, da er sonst in schwere Lebensgefahr komme. Als Redner den Pat. $^1/_2$ Stunde später untersuchte, war von der Kontraktion der Bauchmuskeln keine Spur mehr zu fühlen. Bei weiterer Beobachtung stellte sich heraus, dass der Mann hysterische Stigmata hatte. Man muss also auch an derartige Hyperästhesien denken.

Was schließlich den Mechanismus der subkutanen Magendarmzerreißungen betrifft, so zweifelt Redner nach zahlreichen Thierversuchen, die er im physiologischen Institute der Universität Straßburg anstellen durfte, nicht daran, dass bei Hunden derartige Verletzungen nur durch direkte Quetschung des Darms zwischen einwirkender Gewalt und Wirbelsäule zu Stande kommen. Und auch für den Menschen dürfte dieser Mechanismus der direkten Quetschung, wie die Beobachtungen der letzten Jahre lehren, der gewöhnliche sein, während für die ja theoretisch mögliche Sprengung der Darmwand von innen her durch plötzliche Verdrängung des Darminhaltes und Änderung seines Volumens eine sichere Beobachtung ihm nicht bekannt ist. (Selbstbericht.)

Szumann (Thorn) sah einen Pat., der seit 3 Tagen Ileuserscheinungen hatte und nach einer langen Reise zu S. kam. Wegen anhaltenden Erbrechens und schlechten Pulses machte S. die Laparotomie, fand aber nur eine komprimirte, jedoch durchgängige Darmpartie. Er nimmt an, dass Pat. eine Invagination gehabt hat, die sich auf der Reise spontan reponirt hatte. Die komprimirte Partie war die Strangulationsfurche.

Hahn (Berlin) ist bei Ruptur des Darms nach Kontusionen in jedem Falle für Resektion des verletzten Stückes. Man soll die ganze blutig imbibirte Partie um das kontudirte Darmstück nebst diesem reseciren.

Lauenstein (Hamburg) meint, dass Kranke mit peritonitischen Symptomen die typische Laparotomie nicht mehr vertragen. Man soll daher lieber primär laparotomiren. Früher hat L. auch abgewartet und ist individuell verfahren; meist war es dann aber zur Operation zu spät. Bei primären Laparotomien findet man oft gar keine Darmruptur, sondern kontundirte, hämorrhagisch suffundirte Stellen. Bei schweren Bauchkontusionen kann der Meteorismus übrigens ganz fehlen. Jaffé (Hamburg).

Perthes (Leipzig) betont den sehr frühzeitigen Eintritt der Peritonitis im Anschlusse an Darmruptur. Bei einem 9 Stunden nach dem Trauma von ihm operirten Falle konnte er ausgedehnte fibrinös-eitrige Beläge, bei einem zweiten, 3 Stunden nach der Perforation operirten, hochgradige Injektion der Darmschlingen und sehr feine fibrinöse Beläge auf der Serosa beobachten. Trotz dieser peritonitischen Veränderungen kamen beide Kranke zur Heilung, während vier andere, zum Theil noch frühzeitiger von P. operirte Verletzte mit Darmruptur gestorben sind.

Sodann weist P. darauf hin, dass eine intraabdominelle Blutung im Beginne — wenn noch weniger als etwa ein Liter Blut in die Bauchhöhle ergossen ist — nicht sicher erkannt werden kann, und glaubt ein diagnostisches Hilfsmittel zur frühzeitigen und sicheren Diagnose innerer Blutungen in Blutdruckbestimmungen mit dem Sphygmanometer von Riva-Rocci zu finden. Bei stärkeren Blutungen sank der Blutdruck (an der Brachialis gemessen) von seiner normalen Höhe von 13—16 cm auf 11, 10, ja 9 cm, und P. glaubt besonders dann auf eine innere Blutung schließen zu können, wenn mehrere Messungen nach einander immer kleinere Werthe ergeben. Bei Bauchkontusionen ohne intraabdominelle Blutung ergaben die bisherigen Messungen an Pat., darunter zwei Fälle von Darmruptur, keine oder doch nur eine geringe und rasch sich ausgleichende Blutdruckherabsetzung. (Selbstbericht.)

Samter (Königsberg i/Pr.) berichtet über Fälle von Unterleibskontusionen. Der 1. Fall betraf eine Beckenfraktur, die am 3. Tage Symptome von Peritonitis bekam. Bei der Laparotomie fand sich eine Suffusion am Darm, aber keine Ruptur. Tamponade; Heilung. Im 2. Falle handelte es sich nach einem Sturz um eine Kontusion des Beckens. Anfangs bestand mäßiges Fieber, später traten Schüttelfröste auf. Bei der am 15. Tage vorgenommenen Laparotomie fand sich ebenfalls nur eine Suffusion am Colon ascendens. Tamponade; Heilung.

Sprengel (Braunschweig) betont, dass noch Tage lang nach der Kontusion durch Ablösung des Mesenteriums Eröffnung des Darmlumens in Folge von Gangrän eintreten könne. Bei intraabdominellen Blutungen muss man unterscheiden

a. reine Blutungen in die Bauchhöhle,

b. Blutungen mit Beimischung aseptischen Materials, wie Galle u. dgl.

c. Blutungen mit septischen Beimischungen, wie Darminhalt.

Den Chok hält S. nicht für eine Kontraindikation zur Operation, so z. B. bei internen Blutungen. Bei schweren Kontusionen untersucht S. die Kranken jede Stunde und operirt sofort beim Eintritt bedrohlicher Veränderungen des Gesammtbefindens.

Körte (Berlin) legt großen Werth auf die Spannung der Bauchmuskeln, wenn letztere nicht selbst direkt verletzt sind, und auf Verschlechterung des Zustandes in den ersten Stunden nach dem Trauma. Bei primärer seitlicher Darmnaht wegen Ruptur hat K. 2mal nachher Gangrän erlebt. Die Symptome der beginnenden Peritonitis, besonders die Darmlähmung, kommen auch bei retroperitonealen Blutergüssen vor.

Fritz König (Berlin) hat einen 10jährigen Knaben 6 Stunden nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf das Abdomen operirt. Schon nach so kurzer Zeit fand sich am Colon transversum eine fibrinös belegte Stelle. Der Fall kam nach Tamponade zur Heilung.

Jaffé (Hamburg).

---

27) Goepel (Leipzig). Über die Verschließung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze.

Vortr. empfiehlt auf Grund einer Erfahrung über 18 Fälle, die Verschließung von großen Bruchpforten, insbesondere von Nabel-, Bauchwand- und Bauchnarbenbrüchen durch Einheilung fertiger Silberdrahtnetze herbeizuführen. Das Verfahren hat vor anderen Methoden den Vorzug voraus, dass die Umgebung der Bruchpforte vor jeder Schwächung durch die Operation bewahrt bleibt, und dass durch die feste Verfilzung des Silberdrahtnetzes mit der die Bruchpforte deckenden Narbe eine sichere Gewähr gegen Recidiviren des Bruches gegeben wird. Vorbedingungen für die Einheilung des Netzes sind vollkommene Asepsis und Vermeidung von Hämatombildung. Die Technik der Operation ist aus der Originalmittheilung in der No. 17 des Centralblattes für Chirurgie 1900 zu ersehen.

(Selbstbericht.)

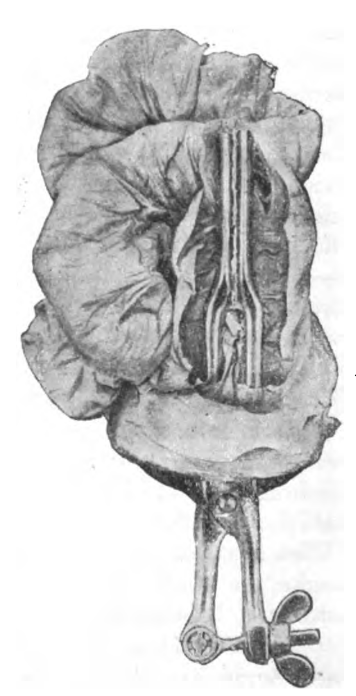
Diskussion.

Rotter (Berlin) verschließt alle Bruchpforten durch Plastik, die auch besonders gute Dauererfolge giebt. Nur bei großen Nabelhernien, speciell bei fetten Personen, kann auch die Plastik zuweilen versagen. Dies sind jedoch Ausnahmefälle. Jaffé (Hamburg).

---

28) **F. Krause** (Altona). Zur Behandlung brandiger Brüche und einzelner Fälle von Darmresektion und Ileus.

Auch für Den, der bei brandigen Brüchen die Resektion und Naht der Darmenden für das beste Verfahren hält, giebt es genug Fälle, in denen jener Eingriff sich als zu gefährlich oder unmöglich erweist. Außer Perforation und Peritonitis sind Gangrän des Bruchsackes, Kothabscess, Phlegmone der Bauchdecken, ferner die schweren Kollapszustände zu erwähnen, bei denen man froh ist, wenn man eben noch die Einklemmung beseitigen und einen widernatürlichen After anlegen kann. Andererseits muss eine baldige Verbindung zwischen dem oberen und unteren Darmabschnitte, namentlich bei hochsitzendem Anus, hergestellt werden.



²/₅ natürl. Größe.

Anastomosenklemme zwischen zwei Dünndarmschlingen angelegt, deren vordere Wand weggeschnitten ist.

Zu diesem Zwecke hat K. eine Darmklemme benutzt, die er empfehlen möchte. Diese Anastomosenklemme[1] besteht aus zwei sich kreuzenden Armen, von denen nur die vorderen Abschnitte (die Backen) beim Schließen einander berühren, und zwar in einer Fläche von 55 mm Länge und 6—8 mm Breite. Die Ränder dieser Backen sind nach allen Richtungen sanft abgerundet, so dass ein vorzeitiges Durchschneiden ausgeschlossen ist; sie klemmen vielmehr die Darmwände, je weiter von der Backe, desto loser an einander, um hier Flächenverklebung zu erzeugen. Hinter den Backen sind die Arme abgebogen, damit die dazwischen liegenden Darmwände unversehrt erhalten werden. Das Schloss ist wie beim Kephalotrib konstruirt, eben so die die beiden kurzen Griffe einander nähernde, abnehmbare Verschlussschraube. Zieht man letztere an, so werden die beiden Backen schließlich mit so großer Kraft auf einander gepresst, dass die zwischenliegende Darmwand nekrotisch wird, nachdem in der Umgebung Verklebung eingetreten ist.

K. hat ein längeres und ein kürzeres Modell anfertigen lassen. Jenes, bei fetten Personen und langer Bruchpforte anzuwendende, ist bis zum Schloss 13,5, bis zur Verschlussschraube 19 cm lang; dieses bis zum Schloss um 3 cm kürzer. Bei der für zwei Dickdarmschlingen

---

[1] Zu beziehen von C. W. Bolte Nachf., Hamburg, Rathhausstr. 20.

bestimmten Anastomosenklemme werden die Backen um einige Millimeter breiter gearbeitet.

Sobald die Kranken sich nach der Herniotomie erholt haben, kann die Klemme angelegt werden. Nachdem man sich von der Lage der beiden Darmenden mit einer dicken Sonde oder nöthigenfalls mit dem Finger überzeugt hat, führt man vorsichtig die beiden Schenkel der Klemme getrennt ein. Es genügt, wenn die klemmenden Theile sich 3 cm oberhalb des Anus befinden. Nachdem man sich durch sanftes Hin- und Herschieben überzeugt, dass zwischen den einander zugekehrten Darmwänden keine Darmschlinge eingelagert ist, werden die Arme wie eine Geburtszange geschlossen und nur so weit durch die Schraube einander genähert, dass sie eben festliegen; denn es sollen zunächst flächenhafte Verklebungen erzeugt werden. Die Schraube wird jeden Tag oder alle zwei Tage ein wenig angezogen. In einem Falle traten für kurze Zeit leichte peritoneale Reizungserscheinungen, in einem zweiten mäßige, bald vorübergehende Schmerzen, in zwei anderen Fällen nichts derartiges auf. Nach durchschnittlich 6 Tagen war die Schraube fest zugedreht. Blähungen pflegen vom 5. oder 6. Tage an durch den After abzugehen, nach 7—8 Tagen ist beim Dünndarme die der Nekrose verfallene Zwischenwand gelöst und die Verbindung hergestellt. Bei der Anastomosirung zwischen Ileum und Colon ascendens dauert es etwas länger; eine Verbindung zwischen zwei Dickdarmschlingen ist bisher in dieser Weise nicht angelegt worden.

Der erste stets sehr reichliche Stuhlgang per rectum erfolgte bei Dünndarmanastomosirung am 8.—10. Tage, bei Ileo-Colonverbindung am 14. Tage. Von da an tritt an der Stelle des widernatürlichen Afters nur wenig Darminhalt aus. In zwei von den vier Fällen haftete das nekrotisch gedrückte Darmstück fest an einer Backe, es stellt eine 43 und 50 mm lange, 7—9 mm breite dünne, schwarze, lederartige Haut dar.

Um die Klemmen möglichst leicht zu machen, empfiehlt es sich, ihre Arme aus Aluminium herstellen zu lassen; dann wird außer zwischen den Backen kein Druck auf irgend eine Stelle des Darmes ausgeübt, der, zumal bei nicht ganz normaler Wand, Dekubitus erzeugen könnte. Die Kranken werden, wenn möglich, ins Wasserbett gelegt, damit die Reinigung des künstlichen Afters und die hierbei unvermeidlichen Bewegungen des Kranken, die zu Zerrungen an den festgelötheten Darmenden führen könnten, ganz vermieden werden. Zugleich ist das permanente Bad das beste Mittel zur Verhütung oder Heilung des namentlich bei höher sitzendem Anus rasch entstehenden, sehr schmerzhaften Ekzems. Auch wirkt es in so fern günstig, als es die Schwere der außen liegenden Theile der Klemme verringert.

Für die Anlegung der Anastomosenklemme giebt es neben den gangränösen Brüchen noch zwei weitere Indikationen, die K. sogar für wichtiger halten möchte. Einmal sind es Fälle von Darmresektion,

sei es wegen Ulcerationen, Strikturen oder Tumoren, wenn der schlechte Zustand des Kranken, wie er bereits vor der Operation bestanden, oder der große Eingriff es wünschenswerth erscheinen lassen, dass die Operation rasch zu Ende geführt werde. Der zu resecirende Darmtheil wird in der 1. Sitzung vor die Bauchhöhle gelagert, die zu- und abführende Schlinge werden intraperitoneal durch einige Serosanähte auf 8 cm einander parallel geheftet. Am nächsten Tage oder noch später wird der vorgelagerte Darm eröffnet, die Resektion aber erst ausgeführt, wenn der Kranke sich erholt hat. Die Anastomosenklemme kann bereits vor der Resektion angelegt werden.

Die dritte Indikation bieten jene Fälle von Ileus, bei denen durch abschnürende Stränge oder aus anderer Ursache ein Theil des Darmes dem Brande verfallen oder jedenfalls der Gangrän stark verdächtig ist. Auch hier wird mit dem oberhalb und unterhalb der brandigen Partie gelegenen Darmabschnitte, wie eben erwähnt, verfahren, während der grangränöse Darm sammt den Schnürfurchen und einigen Centimetern des benachbarten Darmes extraperitoneal gelagert wird. Bei Ileusfällen muss nach Schluss der Bauchwunde der angestaute Darminhalt durch Incision der oberen geblähten Schlinge natürlich sofort entleert werden. Erweist es sich, dass die Öffnung hoch oben im Darme liegt, so wird möglichst bald auch die periphere Darmschlinge nahe der Bauchwand eröffnet, und nun kann durch die beiden Öffnungen die Anastomosenklemme in die parallel an einander gehefteten Darmenden eingeführt und geschlossen werden. Die Verbindung des oberen mit dem unteren Dünndarmabschnitte ist in 7—8 Tagen sicher hergestellt. In dieser Zeit kann man durch Ernährungsklystiere die Kräfte unterstützen.

Die dritte Indikation gilt aber nicht bloß bei Ileus mit Gangrän. Bei übermäßig erweitertem oberem Darmabschnitte nimmt man heut zu Tage die Eröffnung des Darmes vor, um die zersetzten Massen möglichst schnell aus dem Körper zu entfernen, zumal ein so stark gedehnter Darm mehr oder weniger gelähmt zu sein pflegt. Wenn man sich erinnert, mit welcher Heftigkeit die dünnflüssigen Massen zuweilen herausstürzen, und wie unerschöpflich ihre Menge ist, so wird man in solchen Fällen das Peritoneum vor Besudlung sicherer schützen, wenn man eine fingerlange Darmschlinge hervorzieht, außerhalb des Bauches liegen lässt und an ihrer Spitze eröffnet, als wenn man die Darmöffnung sofort wieder zunäht oder nur die gedehnte Darmwand in die Peritonealwunde einnäht und hier eine Darmfistel anlegt. Hat man die Absicht, die Schnittwunde im Darme sofort nach der Entleerung des proximalen Darmtheiles wieder zuzunähen, so kann diese letztere ungebührlich viel Zeit in Anspruch nehmen, so dass hierdurch allein eine lebensgefährliche Komplikation geschaffen wird.

Es ist zu erwägen, ob die Anastomose weit genug sei. Die Klemme schafft, wie die nekrotisch abgestoßenen Stücke beweisen,

eine Kommunikation von 300 bis 400 qmm; ein Murphyknopf, der dasselbe erreichen soll, müsste einen Durchmesser von 20—22 mm haben: so groß sind die mittleren Knöpfe. Jedenfalls also ergiebt die Klemme für den Dünndarm und die Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm einen mehr als genügenden Raum, und es kann auch noch eine gewisse Verengerung durch narbige Schrumpfung mit in den Kauf genommen werden. Bei den vier operirten Kranken sind nicht die geringsten Beschwerden oder gar Stenosenerscheinungen eingetreten, und seit Verschluss des widernatürlichen Afters sind bei allen vieren 3—4 Monate vergangen.

Stets entleert sich der Darminhalt Anfangs ungestört neben der Klemme, da diese nicht zu viel Raum einnimmt. Um den flüssigen Dünndarminhalt abzuleiten, führt man außerdem, wenn das Wasserbett nicht verwendet werden kann, in das zuführende Darmende ein Gummirohr ein, was um so leichter möglich ist, als sowohl bei Hernien wie bei Darmstrikturen der proximale Darmtheil stark erweitert zu sein pflegt.

Die Anastomosenklemme besitzt in so fern einen gewissen Werth, als man bei ihrer Verwendung durch einen ungefährlichen Eingriff bereits eine Woche nach Eröffnung des Darmes seinen Inhalt zum größten Theile wieder in die normale Bahn leitet. Man kann daher auch nach Herstellung dieser Kommunikation ruhig abwarten, bis die Kranken sich erholt haben, um dann erst zu passender Zeit die Resektion eines erkrankten und vorgelagerten Darmstückes vorzunehmen und weiterhin den Verschluss des künstlichen Afters herbeizuführen.

Was diesen Eingriff anlangt, so ist die Anfrischung und Naht der Darmenden jedenfalls das schnellste und sicherste Verfahren. Lässt man die Kranken vorher abführen, so kommt aus dem Anus kaum Koth hervor. — Jedes einzelne der beiden Darmlumina wird durch die Naht unter Einstülpung der Schleimhaut verschlossen. Bei Hernien werden die Darmenden so weit abgelöst, bis das Peritoneum eröffnet wird, hierauf nochmals übernäht und versenkt; daran schließt man die Radikaloperation der Hernie durch exakten Verschluss der Bruchpforte. Auch nach ausgedehnten Darmresektionen und Ileus scheint dies Verfahren das sicherste, es genügt hier aber auch der Verschluss der Darmenden und darüber erfolgende Naht der abgelösten Haut. Eine neue Laparotomie ist dazu nicht nothwendig, höchstens ein Erweiterungsschnitt an der alten Wunde.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Kausch (Breslau) hat eine ähnliche Klemme, wie der Vortr., in ca. 20 Fällen angewendet. Dieselbe übt keinen Schraubendruck aus, sondern wirkt elastisch durch einen Gummiring. Die Branchen sind überall rund (Demonstration). Sie wird in der Breslauer Klinik stets angelegt, wo ein Sporn zerstört werden soll. Bei Tumoren werden dieselben extraabdominell gelagert, nach 2—3 Tagen

abgetragen und erst 8—14 Tage später die Quetsche zur Zerstörung des Sporns angelegt. **Jaffé** (Hamburg).

29) **W. Körte.** Über zwei Fälle von Hernia obturatoria mit Demonstration eines Präparates.

Der erste Fall (50jährige Frau) wurde als Hernia obturatoria dextra diagnosticirt und operirt. Die Darmschlinge war der Gangrän nahe, die Schnürfurche am zuführenden Schenkel wurde übernäht. Tamponade der Wunde. Heilung. Das Romberg'sche Symptom war nicht deutlich.

Bei der zweiten Pat. (72jährige Frau) fand sich bei der wegen »Darmverschluss durch Tumor« unternommenen Operation ein torquirter Ovarialtumor und eine gangränöse Hernia obturatoria dextra. Lösung derselben, Darmresektion. Tod im Collaps in der Nacht nach der Operation. Das Becken der Pat. zeigte 2 Herniae obturatoriae, 2 Herniae inguinalis, 1 Hernia cruralis dextra. — Ferner war eine sehr tiefe Fossa ovarica sin., ein Recessus intersigmoideus und ein Recessus duodeno-jejunalis vorhanden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Sprengel (Braunschweig) sah nach einer Herniotomie bei Hernia obturatoria später ein Recidiv auftreten, das zum Exitus führte. S. räth daher, bei der Operation das Foramen obturatum lieber zu verschließen. **Jaffé** (Hamburg).

Eichel (Straßburg i/E.): Redner ist in der Lage, zu der von Prof. Körte betonten Schwierigkeit der Diagnose einer Hernia obturatoria ein Beispiel zu liefern. Ein Rekrut erkrankte am 19. Januar 1900 mit Kribbeln und Taubheitsgefühl an der Innenseite des rechten Beines bis in den Fuß hinab. Am 20. Januar traten leichte Schmerzen ein, die sich am 21. Januar so steigerten, dass sich der Mann zu Bett legte. Außerdem bekam er am 21. Januar »unbehagliches Gefühl im Leibe«. Seit dem 20. Januar Morgens kein Stuhlgang, seit demselben Tage Abends kein Wind; in der Nacht vom 21.—22. Januar trat Erbrechen auf, so dass der Mann am 22. Januar frühmorgens dem Lazarett überliefert wurde. Der fiebernde Kranke (Morgentemperatur 39,0°, Puls 110) hatte Aufstoßen. Der Leib war etwas aufgetrieben, auf Druck nicht besonders schmerzhaft bis auf die Gegend über dem rechten Lig. Poupart. An der Innenseit des rechten Oberschenkels in der Adduktorengegend befand sich dicht an der Symphyse eine Schwellung, die außerordentlich schmerzhaft war; bei Beklopfen ergab sie keinen deutlichen Darmschall. Vom Mastdarm her war in der Gegend des For. obtur. eine schmerzhafte Schwellung zu fühlen. Nach dem Krankheitsverlaufe, der mit Schmerzen im Verlaufe des Nerv. obturator. begann und zu den Erscheinungen des Darmverschlusses führte, glaubte Redner, eine Hernia obturatoria läge vor, und beschloss sofort zu operiren. Er

fand jedoch keinen Bruch, auch nachdem er das ganze Foramen obtur. durch Durchtrennung der Muskulatur freigelegt hatte. Er wollte die Operation abbrechen, als sich beim Eingehen mit dem Finger in den Mastdarm aus der Gegend des Canalis obturatorius eine röthliche Flüssigkeit entleerte, die deutlich kothig roch. Redner hielt sich nunmehr für verpflichtet, in der Annahme, dass die vielleicht nur zum Theil eingeklemmt gewesene Schlinge beim Transport und Reinigen des Pat. zurückgeschlüpft sei, da sich aus der Gegend der Bauchpforte kothig riechende Flüssigkeit entleerte, die Bauchhöhle zu eröffnen. Er fand in der Bauchhöhle keine Schlinge, die Spuren einer Einklemmung nachwies, eben so wenig an der Innenseite des For. obtur. etwas Krankhaftes. Die Laparotomiewunde heilte p. prim. Am Tage nach der Operation stellte sich Stuhlgang ein, die Temperatur wurde normal. Die Osteomyelitis des Beckens, die an der vorderen Wand des For. obtur. ihren Sitz hatte, wurde in einer 2. Sitzung, nachdem die Bauchwunde fest verheilt war, operirt. Pat. vermag, trotzdem ihm ein Theil seines vorderen Beckenringes entfernt ist, vorzüglich zu gehen. Es hatte also in dem Falle eine Osteomyelitis am Foramen obtur. eine Hernia obturatoria vorgetäuscht, der Irrthum war durch die vorhandenen Symptome von Darmverschluss bei einer schmerzhaften Schwellung in der Gegend des Foramen obtur. hervorgerufen. Das Auftreten des Ileus dürfte wohl rein mechanisch durch Kothstauung zu erklären sein in der Weise, dass der durch die Entzündung in seiner Umgebung gereizte Sphincter ani sich fest schloss, und durch die 3 Tage lang andauernde Nichtentleerung von Stuhl und Winden es zu Meteorismus mit Aufstoßen und Erbrechen kam. (Selbstbericht.)

Poelchen (Zeitz) bemerkt, dass er 2mal derartige Brüche — jedes Mal bei Frauen — in Behandlung gehabt habe; beide Male konnte er die Diagnose stellen, und zwar beide Male aus den in die innere Seite des entsprechenden Kniees ausstrahlenden Schmerzen. Die eine Pat. starb unoperirt, die andere wurde durch Laparotomie geheilt, da bei der versuchten Herniotomie das eingeklemmte Stück des Darmwandbruches abriss, so dass die Bauchhöhle sofort eröffnet und eine Darmresektion gemacht werden musste. Trotzdem sich von der Herniotomiewunde eine schwere Phlegmone der Oberschenkel- und Bauchhaut entwickelte, ist die Operirte doch genesen und ohne Bauchbruch noch jetzt durchaus arbeitsfähig. (Selbstbericht.)

---

30) **F. Bessel-Hagen** (Charlottenburg). Zur Technik der Operation bei Nabelbrüchen und Bauchwandhernien.

Bei den Hernien in der Mittellinie des Bauches hängt der Erfolg der Operation im Wesentlichen von der Möglichkeit einer genauen und festen Vereinigung der Musculi recti und der diese beiden Muskeln innen und außen deckenden Rectusscheiden ab. In vereinzelten Fällen lassen sich jedoch nach der Exstirpation der Bruch-

pforte die medianen Ränder der Musculi recti wegen zu weiten Auseinanderklaffens und zu starker Spannung der Bauchdecken nicht an einander bringen. Hier hat der Vortr. bei Hernien, welche oberhalb der Linea Douglasii lagen, eine plastische Operation in folgender Weise ausgeführt: Ohne die inneren Ränder der Musculi recti freizulegen, vereinigte er zunächst durch eine erste Naht die dünnen Fascienschichten zu beiden Seiten der Bruchpforte. Dann durchtrennte er jederseits die äußere Rectusscheide und die äußeren Schichten des Musc. rectus, wobei er, abgesehen von den Inscriptiones tendineae, unter möglichst sorgfältiger Schonung der Nervenstämmchen den Muskelbauch stumpf zertheilte. Schließlich wurden die medial gelegenen Theile der beiden Muskelbäuche nach innen umgeschlagen und in der Art vernäht, dass nunmehr über der Bruchstelle die äußere Rectusscheide unmittelbar der zuerst angelegten Naht der Bruchpforte aufruhte, die sich leicht aus einander breitenden Fasern der Muskelschicht also nach außen sahen. Um Ernährung und Innervation so wenig wie möglich zu stören, wurden die nach der Mitte umgeklappten Muskeltheile oben und unten in ihrem natürlichen Zusammenhange mit den übrigen Abschnitten der Muskelbäuche belassen. Es wurde ferner zur Meidung schwacher Nahtstellen Gewicht darauf gelegt, dass die Naht der so gebildeten Schutzdecke die unter ihr gelegene Naht der Bruchpforte oben und unten noch ein ganzes Stück weit überragte. Ist eine solche Operation vollendet, so fühlt man durch die Haut hindurch seitlich von der festen Mittelpartie die Lücken im Bereiche der Musculi recti. Indessen verschwinden diese Lücken sehr rasch. Die von dem Vortr. operirten Pat. haben eine vollkommen feste Bauchwand bekommen, so dass der Erfolg Allem entspricht, was man wünschen kann. Die geschilderte Operationsmethode kann allerdings nur zur Anwendung kommen bei denjenigen Brüchen, welche oberhalb der Linea Douglasii liegen, da nur dort hinter dem Musc. rectus noch eine starke Schicht von Aponeurosen die Bauchhöhle abschließt. Auch kann die Operation nur gelingen, wenn die Bruchpforte nicht allzu groß ist, und daher die Naht der äußeren Rectusscheiden und der Musculi recti noch die Naht der Bruchpforte beiderseits weit zu überragen vermag. Im Übrigen empfiehlt der Vortr. diese Plastik einzig und allein für solche Fälle, bei denen die medialen Ränder der Musculi recti sich nicht zusammenbringen lassen, bei denen mit den bekannten Operationsmethoden nichts zu erreichen ist und doch aus irgend einem Grunde eine Operation nicht umgangen werden kann.

(Selbstbericht.)

---

31) **v. Eiselsberg** (Königsberg i/Pr.). Über Operationen bei gutartigen Pylorusstenosen mit besonderer Berücksichtigung der Ätzstrikturen des Pylorus.

Unter 129 Magenoperationen, welche v. E. in den letzten 4 Jahren in Königsberg auszuführen Gelegenheit hatte — wobei die Gastro-

stomien nicht mit einbegriffen sind — sind 56 wegen gutartiger Processe, und zwar:

8mal die Resektion mit 1 tödlichen Ausgang,
37 » die Gastroenterostomie mit 5 Todesfällen,
10 » die Gastroplastik mit 2 Todesfällen[1],
1mal die Jejunostomie ausgeführt.

Die Pylorusresektion wurde 7mal nach der ursprünglichen von Billroth angegebenen Methode, 1mal nach der sog. II. Methode Billroth's ausgeführt.

Die Gastroenterostomie wurde, wo immer dies anging, hinter dem Quercolon ausgeführt.

Großen Werth legt v. E. auf exakte Naht der Schleimhaut und schreibt dieser Vorsicht auch die relativ günstigen Resultate zu.

Unter den gutartigen Processen am Magen, welche zu einem operativen Eingreifen geführt haben, sollen die Verätzungsstrikturen des Pylorus herausgegriffen, vorher jedoch einige erwähnenswerthe, merkwürdige Fälle mitgetheilt werden.

Der erste betrifft eine 36jährige Frau, bei welcher wegen eines blutenden Ulcus die Operation ausgeführt wurde. Es gelang, ein etwa thalergroßes Geschwür nahe an der Cardia zu excidiren und die Naht zu machen. Außerdem wurde noch die Pyloroplastik hinzugefügt. Die Heilung erfolgte p. p. Ein $2^1/_2$ Jahre später eingetroffener Bericht meldete, dass sich die Pat. vollkommen wohl fühlt.

In einem 2. Falle handelt es sich um eine 33jährige Frau, bei welcher wegen eines großen Geschwürs in der Pylorusgegend mit mäßiger Stenose erst Gastroenterostomia ret. post. gemacht, und als sich bald wieder die Erscheinung von Hämatemesis einstellte, 8 Monate später die unilaterale Pylorusausschaltung ausgeführt wurde. Das dabei befundene Geschwür des Pylorus war klein. Am Schluss der Operation fand sich zur unliebsamen Überraschung ein zweites, viel größeres nahe der Cardia; gegen dasselbe konnte nichts unternommen werden. Zum Glück erfolgte durch diesen zweiten Eingriff Heilung, die durch 7 Monate hindurch konstatirt werden kann. Es kann angenommen werden, dass entweder das wirklich ausgeschaltete Pylorusgeschwür die Quelle der Blutung war oder aber, dass durch die Durchschneidung des Magens (bei der Ausschaltung) das Geschwür an der Cardia von der Einwirkung des Speisebreies mehr geschützt wurde.

Der 3. Fall betrifft eine 60jährige Frau, bei welcher v. E. noch in Utrecht (Juli 1894) in äußerst heruntergekommenem Zustand die Laparatomie machte, und zwar wegen eines deutlich fühlbaren Magentumors, bei gleichzeitig vorhandenen Stenosesymptomen von Seiten des Ösophagus. Es wurde die Jejunostomie (nach Witzel) ausgeführt und die sichere Diagnose auf ein Carcinoma cardiae et pylori gestellt.

[1] Über diese beiden Todesfälle habe ich im Vorjahre gelegentlich meines Vortrages: »Zur Kasuistik des Sanduhrmagens« berichtet. v. E.

Merkwürdigerweise erfolgte dauernde Besserung, so dass die Pat. nach 11 Monaten wieder alle Nahrung per os zu sich nehmen konnte und 3 Jahre später von Narath die Jejunostomie geschlossen wurde.

Von Verätzungsstrikturen des Pylorus hat v. E. 6 Fälle beobachtet:

4mal wurde die Gastroenterostomie,

1mal die Resectio pylori,

1mal wiederholte Operationen (Jejunostomie, Gastrostomie, Gastroenterostomie, Jejunorhaphie, Gastrorrhaphie) mit Erfolg ausgeführt.

Nur in einem Falle von Gastroenterostomie war der Ausgang ein tödlicher, in den übrigen 5 Fällen, darunter auch in dem wiederholt operirten, war derselbe günstig.

5mal war blos der Pylorus verätzt.

1mal war außerdem auch noch der Ösophagus verbrannt und narbig verengt. Die Gastroenterostomie ist wohl als die Operation der Wahl zu bezeichnen; nur bei ganz schwachen Individuen kommt die Jejunostomie in Betracht. Unter den Fällen ist der wiederholt operirte interessant.

34jährige Frau trank im September 1898 absichtlich etwas Scheidewasser. Es folgte eine hochgradige Abmagerung und die Entwicklung einer typischen Ösophagus- und Pylorusstenose.

Im Oktober 1898 wurde erst die Jejunostomie ausgeführt.

November 1898 die Gastrostomie durch den Muscul. rectus und hierauf mit der Sondirung ohne Ende (v. Hacker, Socin) begonnen.

Mai 1899 folgte in einer Sitzung die Jejunorhaphie und Gastroenterostomie ret. post. mittels Naht.

Oktober 1899 wurde endlich die Gastrorrhaphie ausgeführt, nachdem inzwischen Pat. sich selbst mit einem gewöhnlichen Magenschlauch sondiren gelernt hatte.

Befinden April 1900 ein sehr gutes. (Selbstbericht.)

---

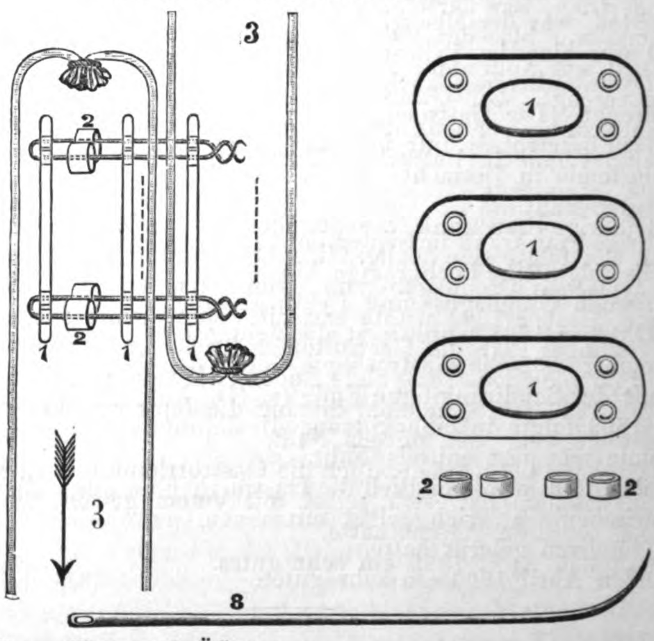
32) **Credé** (Dresden). Die Vereinfachung der Gastro- und Enterostomie.

Nachdem Redner mit wenig Worten die historische Entwicklung obiger Operationen skizzirt hat, betont er die besondere Wichtigkeit der Gastroenterostomie, deren Ausbau um so wichtiger erscheine, als sie auch bei gutartigen Erkrankungen anwendbar und sehr häufig von größtem und dauerndem Nutzen sei.

Begreiflich ist es daher auch, dass zur Verbesserung dieses Eingriffes fortwährend neue Vorschläge von namhaften Chirurgen gemacht werden, ohne dass bis jetzt jedoch ein Resultat zu verzeichnen wäre, welches in Bezug auf Mortalität und namentlich auf Funktion berechtigten Ansprüchen genügt. Von der großen Mehrheit der Chirurgen werde heute die vordere Gastroenterostomie nach Wölfler bevorzugt, für welche zahlreiche Verbesserungen vorgeschlagen seien,

während die hintere Gastroenterostomie nach v. Hacker weniger geübt werde, obwohl sie vom anatomischen und physiologischen Standpunkte aus für viel richtiger zu halten sei. Die hintere Methode sei aber technisch oft äußerst schwierig auszuführen, oft überhaupt nicht möglich, und sei daran durch den Murphy'schen Knopf, die Senn-schen Platten und anderer Vorschläge nichts gebessert worden. Die vordere Gastroenterostomie liefere zwar eine bessere Operations-

Platten zu Gastro- und Enterostomien.
(Schematisch dargestellt — natürliche Größen.)
a. Platten für Entero-Enterostomie.



1) Silberne Platten mit Öffnung.
2) Kleine Gummiröhrchen, je 2 mm Länge.
3) Darmenden, seitlich vereinigt, vorher nach Doyen durchtrennt und geschlossen.

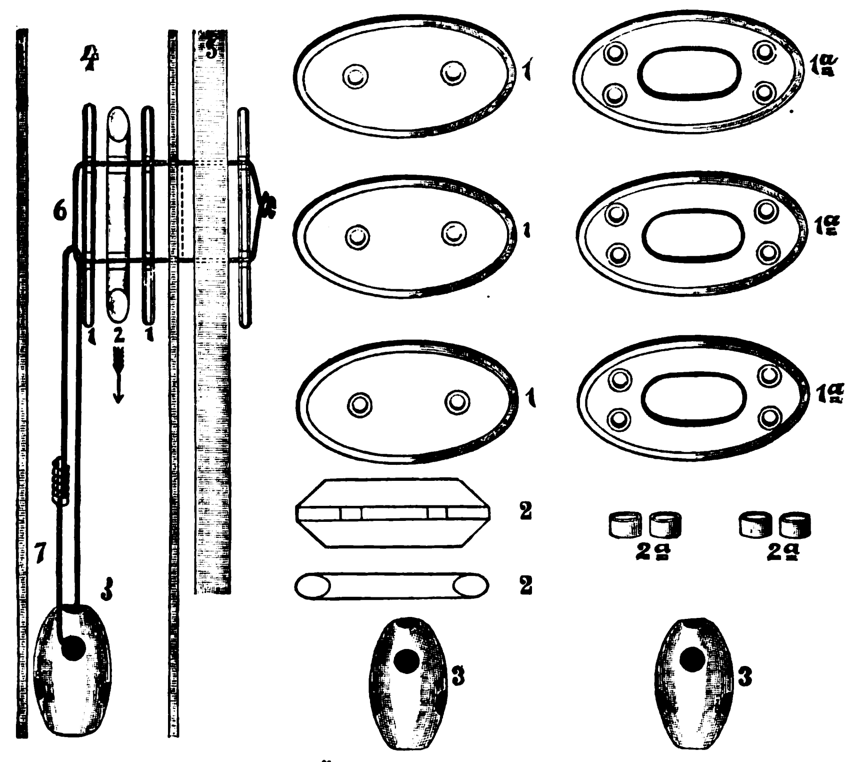
Die 1—1,5 cm langen Einschnitte in die Darmenden befinden sich bei dem absteigenden Theile zwischen den Platten, da wo die punktirten Linien sind; bei dem zuführenden, in welchem sehr fest geknotet wird, etwa 1,5—2 cm neben den zu vereinigenden Stellen. Die Einschnitte werden mit 3 bis 5 Serosanähten geschlossen, nachdem von der Schlussöffnung aus mit einer spitzen Schere oder einem Messer die Darmwände zwischen den Öffnungen der Platten (welche so lange an den noch nicht abgeschnittenen Fäden gehalten werden) durchstoßen wurden.

statistik, bedinge aber den häufigen Circulus vitiosus und sehr oft ein recht schlechtes funktionelles Resultat, so dass in zahlreichen Fällen die Operation wiederholt werden musste.

Eine erfolgreichere Ausübung der hinteren Magen-Darmvereinigung bedinge daher wesentliche Verbesserungen in der Operationstechnik, welche C. zu erreichen seit über 3 Jahre bemüht ist. Redner

glaubt, dass jetzt sein Verfahren genügend ausgebildet ist, um es den Kollegen zur Nachprüfung empfehlen zu können. C. benutzt drei

b. Platten für Gastroenterostomie.



1. Silberne Platten ohne Öffnung.
1a. Silberne Platten mit großer Öffnung.
2. Gummiröhrchen für die geschlossenen Platten.
2a. Kleine Gummiröhrchen für die offenen Platten.
3. Silberne Olive.
4. Darm.
5. Magenwand.
6. Starker Seidenfaden, in zwei Zeiten fest zuzuziehen.
7. Starker Katgutfaden, nicht geknotet, sondern mit Seidenfaden zusammengebunden.

Der Einschnitt in den Darm, 1—1,5 cm lang, liegt nahe am Mesenterialansatz und befindet sich nach Einlegung der Platten auf diesen, zwischen den Löchern derselben, da wo die punktirte Linie ist. Der Einschnitt in den Magen ist an der vorderen Magenseite, möglichst bequem gelegen, etwa gegenüber der Stelle, wo die Platten liegen, da C. die Gastroenterostomia posterior vorzieht. Bei Platten mit centraler Öffnung wird Behufs Durchtrennung der Magen- und Darmwand wie bei den Darmresektionen vorgegangen.

8. Halbstumpfe Nadel mit plattem Stiel.

Die Platten bestehen aus reinem Silber und verhindern desshalb in ihrer nächsten Umgebnng septische Processe. Da sie sich nicht abnutzen oder verändern, so können sie beliebig oft benutzt werden und sind desshalb trotz höheren Anschaffungspreises doch billiger als andere Einlagen.

silberne Platten, von denen die zwei, welche in den Darm kommen, zwischen sich eine Gummirohrplatte enthalten, während die dritte in den Magen zu liegen kommt. Ein starker Seidenfaden wird durch die 4 Platten, zwischen denen Darm- und Magenwand liegen, gezogen und im Magen fest geknotet. Durch den elastischen Druck des Gummis nekrotisiren die gequetschten Theile in etwa 5—8 Tagen und gehen mit den Platten durch den Darm ab. Die Einlagerung in den Darm sowohl wie in den Magen findet in bequemster Weise außerhalb der Bauchhöhle statt, und eben dort werden die 3—5 Lembertnähte für jedes Organ angelegt. An den Darmplatten hängt mit 10 cm Abstand an einem Silber-Katgutfaden noch eine silberne Olive, welche den richtigen Lauf des Darminhaltes unterstützt und an den Platten etwas zerrt, um ein Hineinfallen in den Magen zu verhindern, was C. noch nicht beobachtet hat. Die Platten sind geschlossen, und entsteht eine Magen-Darmfistel erst vom 5.—8. Tage an, was C. für einen großen Vortheil hält, da hierdurch ein Circulus vitiosus ganz sicher ausgeschlossen wird und die Ernährung schon in den ersten Tagen ergiebiger sein kann. Kranke, die bereits so elend sind, dass sie etwa 5 Tage lang nicht mehr in bisheriger Weise zu ernähren sind, sollten überhaupt nicht operirt werden. Übrigens hat C. für die Fälle, wo eine Fistel gleich gewünscht wird, Platten mit centraler Öffnung machen lassen, deren Anlegung genau eben so ist, nur dass statt eines Fadens, zwei durchzuziehen sind. Die beigedruckte Abbildung wird die Anwendung klar machen. Erwähnt sei nur noch, dass die Operation, welche vom ersten Messerschnitte bis zur letzten Bauchnaht je nach der Geübtheit des Operateurs und seines Assistenten, so wie der Komplicirtheit des Falles 30—60 Minuten dauert, in folgende Akte zerfällt. 1) Spaltung des Mesocolons hinter dem Magen, 2) Herauslagerung einer unter dem Colon transversum hoch gelegenen Dünndarmschlinge, 3) Einlegen der Olive und der Platten in dieselbe und Verschluss der Darmwunde mit 3—5 Serosanähten, 4) kleiner Einschnitt in den Magen an dessen vorderer Seite, 5) Durchstechen der hinteren Magenwand mit zwei halbstumpfen Nadeln auf die in die vordere Magenwunde eingelegte rechte Zeigefingerspitze und Herausführen der Nadeln und Fäden daselbst; 6) Einlegung der Magenplatte und sehr straffes Knoten des Fadens im Magen, wodurch der Darm fest an die hintere Magenwand angedrückt wird, und Verschluss der Magenwunde und endlich 7) Kontrolle, dass der Darm ohne Knickung an der richtigen Stelle dem Magen fest anliegt.

C.'s Methode ermöglicht demnach die hintere Gastroenterostomie, ohne dass in der Tiefe der Bauchhöhle auch nur eine einzige Naht angelegt wird, sie giebt eine feste, gerade in den ersten Tagen ganz zuverlässige Vereinigung, schließt den Circulus vitiosus sicher aus, giebt den Organen eine fast anatomisch korrekte Lage, wodurch die spätere Funktion gewährleistet wird, und kürzt die Operationsdauer auf etwa die Hälfte ab. Da wir die Gastroenterostomie häufig bei äußerst

erschöpften Kranken machen müssen, wird die Mortalität wohl immer eine beträchtliche bleiben; bei gutartigen Erkrankungen und noch nicht zu elenden Menschen glaubt Redner jedoch durch seine Methode die Resultate viel besser als bisher gestalten zu können.

C. erwähnt dann noch kurz die Anastomosenbildung und die Darmresektion nach seiner Methode, welch letztere in einer seitlichen Vereinigung besteht, bei der er im Wesentlichen nach Doyen'schen Vorschriften vorgeht, nur dass er statt der Nähte oder der Knöpfe seine Darmplatten nimmt, die nach demselben Principe, als bei der Gastroenterostomie angewandt werden. Die C.'schen Platten sind käuflich bei Knoke & Dressler in Dresden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Lindner (Berlin) bekennt sich als Anhänger der Wölfler'schen Methode bei Gastroenterostomie, die eben so leicht gehen wird, als Credé's Verfahren. Einen Ileus hat L. nie danach gesehen, und es bleiben keine anormalen Verhältnisse zurück. Der bekannte Circulus vitiosus kann allerdings einmal vorkommen. Die Bestimmung des zu- und abführenden Darmschenkels ist L. stets leicht gelungen. Fälle mit Circulus vit. hat L. bisweilen durch eine nachträgliche Enteroanastomie noch gerettet. Eine Wiederverengerung der Anastomosenöffnung hat L. nie gesehen; er findet auch kein Bedürfnis für neue Methoden.

Krönlein (Zürich) bestätigt, dass bei Wölfler's Methode der zu- und abführende Darmtheil stets zu bestimmen sei. K. ist bei der Anastomosennaht geblieben und hat den Murphy-Knopf nie verwendet. Er ist Gegner aller Klemminstrumente. Die Zeitdauer ist bei der einfachen Naht vielleicht etwas größer, aber auch nicht mehr, als bei Credé's Verfahren, etwa 40 Minuten. K. verfügt über 55 Gastroenterostomien, von denen 43 wegen Carcinom gemacht sind. Hiervon leben noch 9; von 4 ist das Schicksal unbekannt.

Jaffé (Hamburg).

---

33) **Kehr** (Halberstadt). Ein 2. Fall von dreimaliger Gastroenterostomie an einem Knaben und ein 2. Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie an einem 9wöchigen Säuglinge.

K. beschreibt einen 2. Fall von dreimaliger Gastroenterostomie an einem Knaben. 1) Gastroenterostomie nach v. Hacker mit dem Murphyknopfe. Verengerung der Anastomose. 2) Gastroenterostomie nach Wölfler. Sporenbildung. 3) Gastroenterostomie nach Wölfler-Roux. Resektion der Wölfler'schen Schlinge. Einnähung der abführenden Schlinge in die große Curvatur, Einnähung der zuführenden in die abführende Schlinge. Heilung. Dann theilt K. mit, dass er noch in einem 2. Falle von angeborener Pylorusstenose erfolgreich operirt habe. Das 9wöchige Kind wog ca. 5 Pfund, und wurde eine Gastroenterostomie nach v. Hacker ausgeführt. Gute

Heilung. Der erste Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeblicher Pylorusstenose wird vorgestellt. Der Knabe, jetzt 8 Monate alt, sieht blühend und gesund aus. Die Diagnose und Therapie der angeborenen Pylorusstenose wird kurz besprochen. Operativ behandelt sind bisher 6 Fälle mit 4 Heilungen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Franke (Braunschweig) berichtet über eine Gastroenterostomie wegen Pylorusstenose, die wegen Verwachsungen wiederholt werden musste. Exitus letalis. Die Sektion ergab ausgedehnte Drüsentuberkulose und Speckmilz. Hier war die Stenose wahrscheinlich Folge von Atonie, wie sie im Beginne solcher Tuberkulosen vorkommt, nicht Folge eines zu kurzen Mesenteriums. Um Recidive von Invagination zu vermeiden, schlägt F. vor, das Ileum eventuell an die hintere Bauchwand zu nähen.

Ferner erwähnt der Redner, dass auch er bei einem Kinde (5 Jahre alt) die Gastroenterostomie wegen schwerer Stenosenerscheinungen mit Glück ausgeführt hat. Es fand sich aber bei der Operation keine Pylorusstenose, sondern nur leichte Abknickung des Duodenum an einem sehr kurzen Lig. hepato-duodenale. Der weitere Verlauf zeigte, dass die schweren durch Magenausspülungen etc. nicht zu beseitigenden Symptome bedingt waren durch eine hochgradige Erschlaffung der Magenmuskulatur, Vorläufer einer schweren Drüsen- und Milztuberkulose.

Löbker (Bochum) bespricht die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge, deren Diagnose sicher gestellt werden kann. Zuerst besteht Wohlbefinden, dann treten allmählich Stenosenerscheinungen auf, wie Erbrechen, fehlender Stuhlgang etc. Zur Beseitigung der Stenose genügt nicht die einfache Spaltung, da es sich um röhrenförmige Verengerungen handelt, vielmehr muss die Gastroenterostomie gemacht werden. L. hat 2 derartige Fälle operirt. Da das Mesenterium des Dünndarms zu kurz für die vordere Gastroenterostomie war, machte L. die v. Hacker'sche Operation. Als Folgen der Stenose fand L. Hyperplasie der Magenmuscularis, wahre Myome. Sein 1. Fall ist jetzt 2 Jahre alt und entwickelt sich völlig normal, so dass ein Wachsthum der Myome kaum anzunehmen ist. Derartige Kinder sind vor der Operation geradezu verhungert. L. giebt ihnen zuerst Klystiere von Kochsalz-Zuckerlösung und behält dieselben nach der Operation zuerst auch bei, daneben kleine Mengen Muttermilch. Wichtig ist auch künstliche Erwärmung der Kinder, die am besten zwischen den Schenkeln der Mütter stattfindet. **Jaffé** (Hamburg).

---

34) **Steinthal** (Stuttgart). Perforirende Ulcera im Jejunum nach Gastroenterostomie.

S. muss den bisherigen Beobachtungen über perforirende Ulcera im Jejunum nach Gastroenterostomie einen neuen Fall hinzufügen,

bei dem aber im Gegensatze zu den bisherigen Mittheilungen der fatale Ausgang am 10. Tage nach der Operation sich ereignete. Die Operation wurde als hintere Gastroenterostomie mit dem Murphyknopfe bei einem 44jährigen Wirthe wegen Pylorusstenose vorgenommen. Derselbe hatte schon 9 Jahre lang die Zeichen einer chronischen Gastritis dargeboten, in letzter Zeit öfteres Erbrechen blutiger Massen. Die Operation wurde in typischer Weise gemacht, die hervorgeholte Jejunumschlinge im Sinne der gleichgerichteten Peristaltik an den Magen angelegt und beim Zudrücken des Murphyknopfes nicht auffällig gequetscht. Trotzdem fanden sich bei der Autopsie einige Centimeter unterhalb der Anastomosenstelle zwei 50pfennigstückgroße, wie mit dem Locheisen herausgeschlagene Substanzverluste der abführenden Schlinge und zwei dem Durchbruche nahe gleich große Substanzverluste der zuführenden Schlinge einige Centimeter oberhalb der Anastomose. In der Bauchhöhle neben Darminhalt frische Coagula. An den lädirten Stellen der fixirten Schlinge blutige Suffusionen, eben so an einzelnen anderen Abschnitten derselben, so dass diese Substanzverluste nur durch Hämorrhagien, Nekrose und Verdauung zu erklären sind. Die prädisponirende Ursache lag wohl einerseits in der Brüchigkeit der Gefäße (starke Atheromatose), andererseits vielleicht in der gehinderten Cirkulation, da das Mesenterium durch die eigenthümliche Lagerung der Schlinge doch etwas geknickt war. Für solche Fälle, in denen eine Hyperacidität des Magensaftes vorliegt, wo durch Stauungsverhältnisse und Atheromatose schon öfters Blutungen aufgetreten sind, empfiehlt es sich wohl, ausschließlich die vordere Gastroenterostomie ohne jede Zerrung des Mesenteriums zu machen. (Selbstbericht.)

---

35) **W. Körte** (Berlin). Demonstration eines Präparates von Ulcus pepticum jejuni nach Gastrojejunostomie.

Vortr. zeigt das Präparat eines vor 3 Jahren (23. Februar 1897) wegen Pylorusstenose nach Ulcus mittels Gastrojejunostomie (nach Wölfler) operirten Falles. Der Pat. war nach der Operation 3 Jahre lang gesund und beschwerdefrei geblieben, hatte gearbeitet und an Körpergewicht zugenommen. Am 28. Januar 1900 wurde gelegentlich einer Untersuchung völlige Beschwerdefreiheit gefunden.

Am 15. März 1900 erkrankte er an Peritonitis, kam am 19. März ins Krankenhaus. Am 20. März wurde der Bauchschnitt gemacht, viel Eiter entleert und die Bauchhöhle ausgewaschen. Es schien der stark entzündete Wurmfortsatz der Ausgangspunkt der Entzündung zu sein. Tod am 21. März Abends. Die Sektion ergab, dass ein Ulcus pepticum im Jejunum hart an der Anastomosenstelle saß; von da aus war erst ein subphrenischer Abscess entstanden, dessen Durchbruch in die Bauchhöhle die allgemeine Peritonitis erregt hatte.

Es existiren 3 analoge Beobachtungen (Braun, Hahn, Mikulicz) — in allen 4 Fällen war wegen Ulcus ventriculi operirt worden,

und man muss annehmen, dass die Hyperacidität, welche das Ulcus ventriculi erzeugt hatte, auch an der zweiten Ulceration unterhalb der Anastomose Schuld trug. **(Selbstbericht.)**

Diskussion.

M. Hadra (Berlin). Über Ulcus pepticum.

Die Seltenheit des Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie giebt Redner Gelegenheit, einen Pat., den er wegen dieser Magenaffektion augenblicklich in Behandlung hat, vorzustellen. Den jungen Mann hat er am 1. Mai vorigen Jahres wegen Pylorusstenose in Folge von Ulcus gastroenterostomirt (ohne Murphy). Der Verlauf war ein absolut tadelloser. Pat. war sehr energisch, hat in 3 Tagen nicht einen Schluck getrunken, hat seitdem niemals erbrochen, keine Beschwerden gehabt, später 20 Pfund an Gewicht zugenommen. Ein halbes Jahr lang war er alle seine Beschwerden los. Im November kam er von außerhalb wieder, weil sich Beschwerden anderer Natur eingestellt hatten; kein Erbrechen, keine Verdauungsstörungen, aber dauernde Schmerzen in der vorderen Magengegend. Jetzt fand sich eine ungefähr handtellergroße Infiltration in der vorderen Bauchwand zwischen Processus ensiformis und Nabel. Redner vermuthete im ersten Augenblicke, dass es sich um einen Abscess, der eventuell von sich abstoßenden Fäden der Magennaht ausgehen könnte, handele, und behandelte ihn mit warmen Umschlägen. Es bildete sich in der That eine blasige Vortreibung an einer Stelle der Narbe, die der Perforation nahe war. Die Beschwerden waren in Bettruhe geringer, aber immerhin ziemlich erhebliche. Die kleine Blase, die sich dort bildete, wurde incidirt. Es entleerte sich, da Pat. zur Operation vorbereitet war und einen leeren Magen hatte, bloß etwas Schleim. Redner konnte sich nicht genau orientiren, wo er war, wollte auch den Finger nicht einführen, tamponirte die Wunde und brachte Pat. in das Bett. Am nächsten Tage, als er Milch etc. trank, kamen alle genossenen Nahrungsmittel durch diese Magenfistel, die übrigens sonst am nächsten Tage ohne Incision wohl auch eingetreten wäre. Redner stand vor der Frage, ob er diese Magenfistel durch Ablösung des Magens in der typischen Weise schließen sollte. Da Pat. sehr energisch ist, schloss Vortr. einfach die Wunde durch 3 Nähte. Während 3—4 Tagen bekam Pat. nichts zu essen, und die Fistel ist absolut dauernd geschlossen geblieben. Die Infiltration blieb indess, und die Schmerzen blieben auch. Redner konnte sich einstweilen zu einem Eingriff nicht entschließen, obgleich es ja nun ganz unzweifelhaft war, dass es sich um Recidiv irgend eines Ulcus handle. Übrigens hat Redner an der Stelle, an der er die Incision machte, einen schwarzen Faden gefunden und leicht mit einer Pincette gelöst, glaubte aber nicht, irgend welche Verletzungen an der früheren Gastroenterostomiewunde gemacht zu haben. Die Beschwerden dauern fort, und Pat. ist seit ungefähr 10 Tagen wieder in Berlin; er will durchaus operative Abhilfe. Vortr. hat einstweilen versucht

durch absolute Rückenlage — es ist hier die Gastroenterostomia anterior gemacht — die Schmerzen zu lindern und auch durch häufige Nahrungsaufnahme, auch während der Nacht, die Einwirkung des koncentrirten Magensaftes aufzuheben. Dabei und bei dauerndem Gebrauch von Alkalien hat Pat. fast gar keine Schmerzen. Es ist ja möglich, die Sache geht so zurück, noch aber besteht eine feste, kleinhandtellergroße Infiltration um die ganze Wunde herum. Ob es sich nur um ein Ulcus pepticum des Jejunum oder des Magens selbst an jener Stelle handelt, lässt sich nicht nachweisen; ein Ulcus pepticum aber ist es unzweifelhaft. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Prutz (Königsberg i/Pr.) fand nach Gastroenterostomie wegen eines Ulcus pepticum jejuni mit Blutungen als Ursache eine Arteriosklerose der Mesenterialarterien.

F. Franke (Braunschweig). Die von Körte und Steinthal gemachten Mittheilungen über Beobachtung von Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie veranlassen F., den in einer demnächst erscheinenden Arbeit über die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres (Sammlung klinischer Vorträge) gegebenen Rath, die Gastroenterostomie bei schweren Darmleiden, z. B. auch der Reichmann'schen Krankheit, dem kontinuirlichen Magensaftflusse, auszuführen, etwas einzuschränken. (Selbstbericht.)

---

36) **Petersen** (Heidelberg). Über Darmverschlingung nach Gastroenterostomie.

Redner berichtet über drei eigenartige Fälle von Darmverschlingung nach Gastroenterostomia retrocolica (2mal posterior, 1mal anterior). Der nach rechts gelagerte abführende Schenkel war hinter dem zuführenden nach links hindurchgeschlüpft durch den Ring, welcher gebildet wurde vom Magen, der hinteren Abdominalwand und dem zuführenden Darmschenkel. 2mal hatte die durchgeschlüpfte Schlinge fast den gesammten Dünndarm nach sich gezogen. Die hierbei erfolgte starke Torsion und Zerrung des Mesenteriums hatte zur Thrombose von Mesenterialvenen und zu Darminfarkt geführt. Nach seinen Versuchen an der Leiche und am Thier erklärt P. diese Darmverschlingung auf folgende Weise: Die drei Operationen waren mit Murphyknopf ausgeführt worden. In dem Augenblicke nun, wo dessen beide Hälften zusammengefügt werden, kann der Operateur leicht die vorher parallel zur Frontalachse des Magens gelagerte Anastomosenschlinge verdrehen, und zwar in dem Sinne, dass der abführende Schenkel statt nach rechts mehr oder weniger nach hinten gelagert wird. Es ist daher beim Zusammenpressen des Murphyknopfes streng auf die richtige Lage des abführenden Schenkels zu achten. Der zuführende Schenkel soll möglichst kurz sein. Die Ausführungen wurden durch Tafeln erläutert. (Selbstbericht).

---

37) **Sprengel** (Braunschweig). Eine angeborene Cyste der Darmwand als Ursache der Invagination.

Vortr. legt ein Präparat vor, das von einem 15jährigen Mädchen durch Darmresektion gewonnen wurde.

Die Erkrankung hatte einen ausgesprochen chronischen Verlauf gehabt und wurde als Tuberkulose des Bauchfelles aufgefasst. Die Operation ergab eine relativ leicht lösbare Invaginatio ileo-coecalis. Wegen des deutlich fühlbaren Tumors in der Gegend der Valvula Bauhini wurde die Resektion vorgenommen. Der Tumor erwies sich als eine Cyste mit breiigem Inhalte, welche etwa die Hälfte der Valvula Bauhini einnahm. Der Fall hat nicht bloß wegen der außerordentlichen Seltenheit derartiger Cysten, sondern auch in so fern eine principielle Bedeutung, als er wahrscheinlich macht, dass schon verhältnismäßig unbedeutende Veränderungen an der Klappe die Entstehung der Invagination begünstigen. Vielleicht kann man annehmen, dass schon vorübergehende Veränderungen derselben prädisponirend wirken und dadurch die Häufigkeit der Invaginatio ileocoecalis gegenüber der Invaginatio ileo-colica erklären.

(Selbstbericht.)

---

38) **Steinthal** (Stuttgart). Resektion der Flexura sigmoidea wegen Volvulus mit intakter Darmwandung.

Im Anschlusse an die bekannten Mittheilungen Braun's und v. Eiselsberg's berichtet S. über einen Fall von Resektion der Flexura sigmoidea wegen Volvulus mit intakter Darmwandung.

Es handelte sich um ein blühendes 21jähriges Mädchen, das von Jugend auf an unregelmäßigem Stuhlgange gelitten hatte und das wegen eines tiefsitzenden Darmhindernisses im Stuttgarter Diakonissenhause Aufnahme fand. Bei der Laparotomie zeigte sich die enorm ausgedehnte Flexura sigmoidea im Sinne des Uhrzeigers derart gedreht, dass das Colon auf dem Rectum lag und der Scheitel der Schlinge unter dem rechten Rippenbogen sich herauf erstreckte. Die Gesammtlänge der gedrehten Schlinge mochte etwa 1 m betragen, ihre Fußpunkte standen etwa 20 cm aus einander. Nach Punktion der Schlinge mit einer feinen Hohlnadel ließ sie sich anstandslos reponiren, worauf die Operation aber möglichst rasch beendigt werden musste. Im weiteren Verlaufe der Rekonvalescenz blieb der Stuhlgang zunächst geregelt, und die Kranke wurde nach ca. 7 Wochen mit genauen Vorschriften vorläufig entlassen, kam aber nach ca. 3 Wochen wieder zur Aufnahme. Eine längere Beobachtung zeigte nun, dass fortgesetzt schwere Stuhlverhaltungen drohten, und so wurde schließlich der Leib wieder eröffnet, die überlange Flexur vor die Bauchdecken geholt und ein ca. 30 cm langes Stück resecirt. Das Gewicht der resecirten Schlinge betrug im frischen Zustande ohne Mesenterium 500 g. Seit der 2. Operation ist die Kranke von ihren früheren Beschwerden geheilt.

Da die Fußpunkte der Flexura sigmoidea verhältnismäßig weit aus einander lagen, so dürfte in diesem Falle die disponirende Ursache für den Volvulus auf der übermäßigen Länge und Hypertrophie des Darmrohres beruht haben und weniger auf entzündlichen Veränderungen des Mesenteriums. Ob hier eine angeborene Missbildung vorgelegen hat, ob die chronische Obstipation zur Verbildung der Schlinge führte, ist schwer zu entscheiden. Dass aber ein derartiger Darmabschnitt am besten zu entfernen sei, erschien fraglos. Ob bei vorwiegender Erkrankung des Mesenteriums dagegen Resektion oder Colopexie die Operation der Wahl sei, darüber seien die Akten wohl noch nicht geschlossen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Zoege v. Manteuffel (Dorpat) hat gefunden, dass bei vorhandenem Mesenterium recti ein Volvulus der Flexur selten vorkommt, wohl aber bei fehlendem Mesorectum und bei Verwachsungen.

Hochenegg (Wien) sah als Ursache einer Invagination eine Cyste im Winkel zwischen Ileum und Coecum. H. exstirpirte die Cyste und legte eine Enterostomose an. Trotzdem starb Pat. unter Ileuserscheinungen. Die Sektion ergab eine abermalige Invagination in die Anastomose hinein. **Jaffé** (Hamburg).

F. Franke (Braunschweig). An den Mittheilungen von Sprengel und Hochenegg über Invagination der Ileocoecalklappe durch Geschwülste und Recidiv der Invagination vermisst F. die Schlussfolgerung aus den Beobachtungen, nämlich wie Recidiven vorzubeugen sei. Er empfiehlt im Hinblicke auf die Anheftung des Magens bei Gastroptose und der Flexura sigmoidea bei Volvulus derselben an die Bauchwand die Anheftung des letzten Abschnittes des Ileums zur Ileocoecalklappe an die hintere Bauchwand, an das Bauchfell der Beckenschaufel. (Selbstbericht.)

---

39) **A. v. Bergmann** (Riga). Über Darmausschaltungen beim Volvulus.

Vortr. giebt einleitend kurz einen Überblick über den Stand der Ileusfrage. Er plaidirt für die Beseitigung des Ileus als Krankheitsbegriff, so wie für die Scheidung der mechanischen Darmverschlüsse von den durch Erkrankungen der Darmwand (Carcinom, Atinomykose) bedingten.

Vortr. schließt sich der Eintheilung Zoege v. Manteuffel's an, mit dem Unterschiede, dass er die Diagnose nicht ausschließlich auf die lokal meteoristisch geblähte Schlinge gestellt wissen will, sondern der peristaltisch sich steifenden Schlinge gleichfalls einen diagnostischen Werth beilegt, jedoch nur dann, wenn die Schlinge in der Narkose an Härte oder Resistenz gewinnt und nicht verschwindet. Nach seinen Erfahrungen tritt in der großen Mehrzahl der Fälle zu der durch die Strangulation lokal meteoristisch geblähten Schlinge

eine mehr oder weniger intensive Blähung des oberhalb der Strangulation gelegenen Darmes. Dieselbe kann so intensiv werden, dass, wie ein Fall von Flexurvolvulus lehrt, nicht die Flexur, sondern das Quercolon der Gangrän verfällt.

Bei jeder Strangulation, die zu einer hochgradigen Veränderung des occludirten Darmtheiles geführt hat, ist die Resektion an erster Stelle indicirt; allein wo die Blähung des Darmes einerseits eine sehr große Ausdehnung der Resektion erfordern würde, andererseits die Darmwand nicht gangränverdächtig ist, empfiehlt Vortr. die von Senn und Obalinski vorgeschlagene Herstellung einer Enteroanastomose. Er hat beim Flexurvolvulus 6mal eine solche ausgeführt, und zwar mit dem Coecum, welches mittels Murphyknopfes möglichst tief mit dem Rectalschenkel der Flexur vereinigt wird.

Sollte die Spannung eine zu starke sein, so könnte die unterste Ileumschlinge mit der Flexur anastomosirt werden.

Von den 6 Fällen sind 2 genesen, einer lebt gegenwärtig, 78 Jahre alt, bereits 2 Jahre nach der Operation, über den anderen konnten keine Nachrichten erlangt worden.

1 starb am 6. Tage nach der Operation durch Peritonitis, welche in Folge Lösung des Murphyknopfes entstanden war. Vortr. empfiehlt daher für solche Fälle lieber ausgiebig zu tamponiren. 2 starben je 14 und 17 Stunden nach der Operation, nachdem sie inzwischen ausgiebigste Stuhlentleerungen gehabt hatten.

1 in extremis Operirter starb 1 Stunde nach der Operation.

Vortr. verfügt über eine Beobachtungsreihe von 66 Fällen der verschiedenen Formen der Darmocclusion.

10 Fälle sind in derart desolatem Zustande eingeliefert worden, dass sie theils garnicht mehr operirt wurden, theils 1—3 Stunden nach der Operation zu Grunde gegangen sind.

Von den restirenden 56 Fällen sind 14 Fälle dem Leben erhalten worden (25%). (Selbstbericht.)

---

40) **W. Körte** (Berlin). Erfahrungen über die operative Behandlung der malignen Dickdarmgeschwülste.

Der Bericht umfasst 54 klinisch beobachtete Fälle von malignen Dickdarmgeschwülsten (meist Carcinom, einige Fälle von Sarkom), welchen nur 4 Fälle von malignen Geschwülsten am Dünndarme gegenüberstehen. (1 am Duodenum, 3 Jejunum und Ileum). Auf das männliche Geschlecht kommen 35, auf das weibliche 21. (Bei den Dünndarmtumoren 2 männliche, 1 weiblicher.)

Unter 30 Jahren waren 2 (21 bezw. 27 Jahre), die meisten standen im 4—7. Lebensdecennium, die älteste war 84 Jahre. Die Beschwerden begannen meist allmählich, bei 5 Pat. dagegen ohne jede Vorboten ganz akut. Habituelle Stuhlverstopfung wurde von sehr vielen angegeben, ob sie als Ursache aufzufassen ist, bleibt zweifelhaft.

Zweimal wurde Trauma als Ursache angegeben — vermuthlich bewirkte dasselbe Verschlimmerung schon bestehender Neubildung. Störungen der Darmfunktion sind die Regel, werden nur selten vermisst. — Dieselben traten in der Regel um so stärker auf, 1) je weiter nach abwärts der Tumor im Dickdarme sitzt (größere Konsistenz des Inhaltes, der im Coecum noch flüssig ist); 2) wenn der Tumor ringförmig die Darmwand durchsetzt, sind die Beschwerden größer als bei wandständigen Tumoren. Zuweilen kamen Diarrhöen vor, bei Tumoren der Flexura sigmoidea mehrfach Tenesmus. — Aus der Form des entleerten Kothes sind keine sicheren Schlüsse zu ziehen. Blut im Stuhlgange 9mal, schleimige Entleerung 2mal beobachtet.

Das wichtigste Anzeichen sind die kolikartigen Schmerzen, anfallsweise auftretend, mit Stenosengeräuschen und Darmsteifung einhergehend. Diese Erscheinungen zeigen sicher eine Stenose des Darmes an, welche sich allmählich, zuweilen aber auch ganz akut in Darmverschluss verwandeln kann. Mit ausgebildetem Verschlusse kamen 27 Kranke in Behandlung. 2mal wurde Invagination beobachtet, 1mal Ileo-colica, 1mal Colico-rectalis.

Sitz des Tumors war:

Wurmfortsatz	1mal
Ileocoecalgegend	15 »
Colon ascend. und Flexura hepat.	3 »
Colon transversum	8 »
Flexura lienalis	6 »
Flexura lienalis und sigmoidea	1 »
Colon descendens	1 »
Flexura sigmoidea	19 »

Die Fühlbarkeit des Tumors ist je nach der Größe desselben, dem Sitze und der Blähung der anderen Darmschlingen sehr verschieden.

Die kleinen ringförmigen Carcinome sind meist nicht zu fühlen; besser die Tumoren in der Ileocoecalgegend bis Flexura hepatica. Nicht palpirbar sind die meist kleinen Tumoren der Flexura lienalis und sigmoidea, besonders gegen das untere Ende der Flexur hin.

Charakteristisch ist den Darmtumoren die Neigung zum Zerfall mit Abscedirung (12mal beobachtet).

Perforation der erkrankten Darmpartie kam 5mal vor, Decubitalgeschwüre der gesunden Schleimhaut oberhalb des Tumors 2mal.

Am häufigsten war das Cylinderzellencarcinom (Adenocarcinom), selten das Gallertcarcinom, 3mal kam Sarkom vor.

Für die Diagnose sind am wichtigsten die charakteristischen Stenosenerscheinungen, welche mit Sicherheit auf Verengerung des Darmes hindeuten, auch wenn noch kein Tumor zu fühlen ist. Die Ursache der Verengerungen ist am häufigsten Neubildung, nächstdem tuberkulöse Geschwüre oder Geschwülste, viel seltener gutartige Narben. Bei den palpirbaren Geschwülsten des Dickdarmes kommen

differentialdiagnostisch in Betracht: chronisch entzündliche Processe, tuberkulöse Tumoren, Aktinomykose — besonders in der Ileocoecalgegend; Verwechslung mit Wanderniere, mit Geschwülsten der Nieren, mit Geschwülsten der Gallenblase und Leber, so wie mit Magentumoren kann in Frage kommen bei Tumoren der Flexura hepatica, Colon transversum und descendens. Geschwülste der Flexura sigmoidea, die im kleinen Becken liegen, können bei Frauen mit Adnexgeschwülsten verwechselt werden.

Die Diagnose der Operirbarkeit der Darmtumoren ist vor dem Bauchschnitte nicht immer mit Sicherheit zu stellen. Die der festgehefteten Darmabschnitte Coecum, Colon ascendens, Flexura hepatica, Colon descendens erweisen sich zuweilen noch als operirbar, wenn sie nur sehr wenig beweglich sind. Bei den Tumoren der beweglichen Darmabschnitte (Colon transversum, Flexura sigm.) ist erhebliche Fixation Kontraindikation der Exstirpation. Ausgedehntes Übergreifen auf Netz, Dünndarmschlingen, Blase, so wie besonders ausgedehnte Mesenterialdrüsenschwellung erschweren die Operation sehr oder machen sie unmöglich.

Das Hauptziel der Behandlung soll die Exstirpation des Tumors sein. Als Palliativmittel stehen noch Enteroanastomose und Enterostomie zur Verfügung.

Von den 54 Kranken sind 43 operativ behandelt (51 Operationen).

Exstirpationen wurden 19mal ausgeführt (12 geheilt, 7 gest.), und zwar Tumoren der Coecalgegend 6 (alle geheilt), der Flexura hepatica und Colon transversum 6 (2 geheilt, 4 gest.), des Colon descendens und der Flexura sigmoidea 7 (4 geheilt und 3 gestorben). Unter den 12 geheilten sind 5 von 3 bis $8^1/_2$ Jahr p. op. gesund, unter 3 Jahren ohne Recidiv zur Zeit 2, ohne Recidiv starb 1. Mit Recidiv lebt zur Zeit 1 Pat. An Recidiven sind gestorben 3.

Die Enteroanastomose wurde 12mal ausgeführt mit 9 Heilungen und 3 Todesfällen. Die längste Heilungsdauer war $3^1/_4$ Jahr (davon 3 Jahre arbeitsfähig), eine Pat. lebt $1^1/_4$ Jahr p. op. ohne Beschwerden, ein dritter 1 Jahr. Die Beschwerden wurden bei allen gebessert, die Pat. waren viel besser daran als die mit Enterostomie. Bei bestehendem Darmverschluss wurde 5mal Enteroanastomose angelegt (2 geheilt, 3 gestorben).

Die Enterostomie wurde in 20 Fällen gemacht: Ileostomie 2mal († 1), Coecostomie 8mal († 2), Colostomia transversa 1mal, Colostomia iliaca sinistra 9mal († 3). 14 überlebten die Operation längere Zeit, bis zu 2 Jahren 7 Monaten. 2mal wurde nachträglich die Enteroanastomose gemacht, von denen einer $3^1/_4$ Jahre lebte, der andere über 2 Jahre. 3mal folgte die Exstirpation des Tumors auf die Colostomie, ein Pat. lebt seit 3 Jahren, 2 starben.

Der Anus praeternaturalis wurde 16mal wegen Darmverschluss angelegt († 5), 3mal wegen Stenosenbeschwerden († 1) 1mal wegen Zerfall des Tumors.

Nach der Coecostomie sind die Beschwerden größer als nach Colostomia sinistra, sie lassen sich aber eventuell durch eine Enteroanastomose erleichtern. Die Colostomia sinistra wurde mit Muskelsphinkter (v. Hacker) und schräger Durchziehung des Darmes gegen die Spina ant. sup. sin. angelegt. Es gelang in fast allen Fällen, mit einfachen bruchbandartigen Bandagen eine zufriedenstellende Kontinenz zu erzielen. (Selbstbericht.)

41) **Krönlein** (Zürich). Über die Resultate der Exstirpation des Mastdarmcarcinoms.

Nach einleitenden Bemerkungen über die verschiedene Beurtheilung, welche die Exstirpation des Mastdarmcarcinoms im Verlaufe der beiden letzten Decennien erfahren hat, wobei namentlich auf die Verhandlungen der internationalen medicinischen Kongresse in Kopenhagen (1884) und in Berlin (1890) und der Chirurgenkongresse in Berlin (1885, 1888 und 1889) und in Paris (1897) hingewiesen wird, bezeichnet K. als die Aufgabe, welche er sich in seinem Vortrage gestellt hat, die Beantwortung der 3 fundamentalen Fragen:

1) Welches sind gegenwärtig die unmittelbaren Resultate bei der Exstirpation des Mastdarmcarcinoms? (Mortalitätsfrage.)

2) Welches sind die Dauererfolge nach dieser Operation? (Recidivfrage.)

3) Welche funktionellen Störungen werden durch diese Operation geschaffen? (Kontinenzfrage.)

Diese 3 wichtigen Fragen können heute besser und sicherer auf Grund umfangreicher Erfahrungen beantwortet werden, als jemals zuvor; denn die deutsche Chirurgie verfügt gegenwärtig über eine große Zahl von klinischen Beobachtungen, welche sich über längere Zeiträume erstrecken und lückenlos und in großer Vollständigkeit dem chirurgischen Leserkreise mitgetheilt worden sind, so aus den Kliniken der Herren Kocher, König, Czerny, Krönlein, v. Bergmann, Kraske, Küster, Hochenegg, v. Mikulicz, Gussenbauer, Madelung-Garrè. Es bedarf nur einer sichtenden Hand, um diese Fülle von Beobachtungen und Erfahrungen nach einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen, und das Material für die Beantwortung der drei Fragen dürfte gegeben sein. — Diesen Versuch hat K. unternommen; er gewann so ein Material von 881 Fällen von Mastdarmcarcinomexstirpation, welches er nach verschiedenen Richtungen hin analysirt und in zahlreichen statistischen Tabellen übersichtlich gruppirt. Die Konklusionen, zu welchen K. am Schlusse seines Vortrages gelangt, sind folgende:

1) Die souveräne Methode der Behandlung des Mastdarmcarcinoms ist die Exstirpation.

2) Die Mastdarmcarcinomexstirpation führt in ca. $^4/_5$ der Fälle zunächst zur Heilung.

3) Eine Dauerheilung wird durch die Operation mindestens in $^1/_7$ der Fälle erzielt.

4) Die funktionellen Resultate sind dann am besten, wenn es gelingt, den Darm an der legalen Stelle ausmünden zu lassen und Sphincter und Anus zu erhalten.

5) Eine totale Ausrottung des ganzen Rectums in jedem Falle verschlechtert die funktionellen Resultate, ohne die Zahl der Dauererfolge zu vermehren.

6) Perineale und dorsale Methoden der Mastdarmexstirpation sind eklektisch zu verwenden; sie sollen sich gegenseitig ergänzen, nicht ausschließen.

7) Die sacrale Methode sollte speciell für die hochsitzenden und hoch hinaufreichenden Mastdarmcarcinome reservirt werden.

8) Auch bei der Mastdarmcarcinomexstirpation sollen die Grundsätze der conservirenden und der plastischen Chirurgie (Verwendung der Naht, Verschiebungen und Verziehungen der Schleimhaut etc.) so weit wie möglich zur Anwendung gelangen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kraske (Freiburg) hat jetzt 120 Fälle nach der sacralen Methode operirt und findet ihre funktionellen Resultate durchaus befriedigend. Recidive sind freilich auch bei ihr nicht ausgeschlossen, die nach K.'s Erfahrungen noch nach 5 Jahren und später auftreten können. Entstehen dieselben außerhalb des Rectalrohres, so können sie nicht der Operation zur Last gelegt werden. Um noch radikaler zu operiren, schlägt K. die kombinirte Operation, abdominale und sacrale, vor, was schon Volkmann angeregt hat. K. wurde zu dieser kombinirten Methode in einem Falle gezwungen, wo während der sacral begonnenen Operation der Tumor oben am Rectum abriss, so dass die Laparotomie angeschlossen werden musste. K. hat dann das kombinirte Verfahren an der Leiche weiter ausgebildet. Man beginnt mit dem Abdominalschnitt, sucht die Art. haemorrhoidalis superior auf, die doppelt ligirt und durchtrennt wird, und eröffnet alsdann das Peritoneum rings um das Rectum, das überall gelöst wird. Die Operation wird so fast blutlos, und man kann die im Mesorectum und Mesocolon sitzenden Drüsen bequem entfernen. Dann folgt Tamponade und provisorischer Verschluss der Bauchwunde, worauf die sacrale Operation angeschlossen wird. Es genügt jetzt ein parasacraler Schnitt, Eröffnung der von oben geschaffenen Höhle, und die Entfernung des von allen Seiten gelösten Tumors gelingt nun sehr leicht. Ein großer Vortheil der kombinirten Methode ist die Entfernung aller benachbarten Lymphdrüsen. K. hat bis jetzt 4 Fälle auf diese Art operirt, von denen 2 geheilt und 2 gestorben sind.

Henle (Breslau) empfiehlt auf Grund der Erfahrungen in der Breslauer Klinik das Nicoladoni'sche Verfahren, nach dem 30 Fälle operirt wurden. Die Wunde wird hierbei vor Verunreinigung durch Kothmassen vollständig geschützt, die Gefahren der Sepsis sind daher erheblich geringer. Von den 30 Operirten ist keiner in Folge der Operation gestorben. Nachoperationen von Fisteln etc. kamen nur noch in $^1/_3$ der Fälle vor, wobei eine Narkose nicht nöthig war. Solche Misserfolge entstanden in der Regel durch Nekrose des heruntergezogenen Darmes. Im Übrigen liefert die sacrale Methode bessere Resultate als die perineale. Jaffé (Hamburg).

Steinthal (Stuttgart): Die Forderung, auch bei Mastdarmcarcinomen von Anfang an möglichst radikal vorzugehen, ist nur zu berechtigt, aber im praktischen Leben kann man mit dieser Forderung leicht in Konflikt kommen. Jedem Chirurgen sind wohl solche Fälle durch die Hand gegangen, wo man eine eingreifende Operation an den durch Blutungen heruntergekommenen Pat. nicht wagen kann. Da kann nun ein glücklicher Zufall zu Hilfe kommen. Ich habe zum ersten Male im Juni 1895 bei einer 35jährigen sehr erschöpften Pat. nach Anlegung des hinteren Rapheschnittes das Rectum mit der Neubildung zum Prolaps bringen können und habe dann vor dem Anus diesen Prolaps sammt Neubildung in der von Herrn v. Mikulicz angegebenen Weise cirkulär abgetragen; die Pat. ist seitdem recidivfrei. Ich habe dann weiter im April 1897 einen 45jährigen Pat. behandelt, der so ausgeblutet war, dass jede größere Operation sehr gefährlich erschien; auch hier ließ sich nach Anlegung des hinteren Rapheschnittes das Mastdarmrohr mit der Neubildung zum Prolaps bringen. Die weitere Operation gestaltete sich dann sehr einfach: ich habe in den Prolaps einfach ein Dittel'sches Mastdarmrohr geschoben und habe hinter der Neubildung eine elastische Ligatur angelegt. Nach acht Tagen hatte die Ligatur durchgeschnitten, und die Neubildung war damit entfernt; nach 5 Wochen wurde der Kranke mit geheilter Wunde und völliger Funktionsfähigkeit des Sphincters entlassen. Erst nach $2^1/_2$ Jahren zeigte sich ein kleines lokales Recidiv, das mit dem Thermokauter ausgegraben wurde. Seitdem ist der Kranke wieder carcinomfrei. Ein dritter Fall ist genau in derselben Weise am 8. September 1899 operirt worden.

Es mag ein glücklicher Zufall sein, dass unter 22 Fällen von Rectumcarcinom, die ich in den Jahren 1895—1899 beobachtete, mir 3mal Gelegenheit geboten war, in der angegebenen Weise vorzugehen. Es wird ja nicht häufig sein, dass man einerseits so ausgeblutete Pat., andererseits so leicht verschiebliche Carcinome vor sich hat, dass man sie einfach invaginiren und mit der elastischen Ligatur abbinden kann; gegebenen Falles ist man aber meiner Auffassung nach zu diesem einfachen Vorgehen berechtigt, weil die Dauerresultate in keiner Weise hinter denjenigen ausgedehnter blutiger Eingriffe zurückstehen, dieselben aber an Raschheit und Ungefährlichkeit der Ausführung und augenblicklichem Erfolge weit übertreffen. Die einzige

Unbequemlichkeit ist das Liegenlassen des Darmrohres; wenn man jedoch ein zerlegbares Rohr nimmt, wie ich es Ihnen hier vorlege, und nach seiner Einführung und der Anlegung der Ligatur die größere Hälfte abschraubt, so stört das im Darme liegende Stück sehr wenig.

Nun ist auch die kombinirte Exstirpation der Mastdarmcarcinome angeführt worden. Ich habe in den ersten Tagen dieses Jahres einen solchen Fall operirt. Es war eine 52jährige Kranke mit einem sehr hochsitzenden Carcinom, also am Colon pelvicum. Ich wollte ursprünglich so vorgehen, wie es Herr Trendelenburg uns vorgeschlagen hat; als ich aber den medianen Bauchschnitt gemacht hatte, fand ich ein so kurzes, fettreiches Mesocolon, dass mir eine Invagination nicht möglich erschien. Ich habe desshalb den Darm entsprechend oberhalb der Neubildung quer durchgeschnitten, das periphere Ende vernäht und versenkt und habe den centralen Stumpf in den unteren Wundwinkel eingenäht. In einer zweiten Sitzung habe ich dann nach Spaltung der Vaginalwand das Rectum von unten herausgeholt. Ich kann nicht gerade sagen, dass die Operation leicht war, immerhin war die Verwundung dabei keine so große, wie bei der dorsalen Methode, und war die Rekonvalescenz eine entsprechend raschere. Ich glaube, man wird in Zukunft öfters für hochsitzende Mastdarmcarcinome zur kombinirten Methode greifen. (Original.)

Gussenbauer (Wien) erklärt die Thatsache, dass er in der Krönlein'schen Statistik nicht mit Dauerheilungen figurire, damit, dass in Böhmen die Nachforschungen nach den Pat. resultatlos verlaufen sind. Seit 1894, wo G. in Wien operirt, sei die Zeit zu kurz, um von Dauerheilungen zu sprechen. G. nimmt die Indikationen zur Operation noch immer weit. Er operirt, wenn die Kranken es wünschen, stets, sofern keine allgemeinen und lokalen Kontraindikationen, wie Metastasen in der Leber, den Lymphdrüsen der Aorta u. dgl., vorliegen. Was die Methode anlangt, so hält G. beim Weibe das sacrale Verfahren für überflüssig. Beim Manne ist die osteoplastische Kreuzbeinresektion vorzuziehen. Die Lymphdrüsen sollen so weit, als irgend möglich, exstirpirt werden, und zwar inklusive der Blutgefäße. Allerdings kann man partielle und totale Darmgangrän unter Umständen danach erleben. Zur Bestimmung der Dauerresultate sind 3 Jahre eine zu kurze Zeit; noch nach 7 Jahren können Recidive auftreten. Übrigens ist nicht Alles Recidiv, was unter diesem Namen geht. Oft tritt die Neubildung in dem alten Gewebe auf, das bei der Operation nicht mit entfernt wurde. Wahre Recidive hält G. beim Mastdarmcarcinom für sehr selten.

Jaffé (Hamburg).

---

42) **Rehn** (Frankfurt a/M.). Die Fortschritte in der Technik der Mastdarmoperation.

Anknüpfend an das Referat von Krönlein bemerkt der Vortr., dass der vortreffliche Vortrag über die Prognose der Mastdarmcarcinome den Höhepunkt unseres derzeitigen Könnens charakterisire. Krönlein zeigte uns die Resultate, welche die erfahrensten und geübtesten Chirurgen erzielt haben. Ein Gesammtbild aller Operationen würde wohl wesentlich schlechter ausfallen.

Es fragt sich nun, ob man, wie Hochenegg meint, in Zukunft alle Fortschritte in der Radikalheilung des Mastdarmkrebses nur von einer frühen Diagnose erwarten muss, oder ob es möglich ist, durch Verbesserungen der Operationstechnik vorwärts zu kommen.

Die Chirurgen sollten nicht müde werden, auf die enorme Wichtigkeit einer zeitigen Diagnose hinzuweisen. Man darf aber nicht vergessen, dass der Mastdarmkrebs lange Zeit fast symptomlos verlaufen kann.

Verbesserungen in unserer Technik sind gewiss möglich und für jeden Unbefangenen nothwendig.

R. möchte sein Referat als eine Anregung in diesem Sinne aufgefasst wissen.

Die Einführung der sacralen Operation durch Kraske im Jahre 1887 bedeutete einen neuen Abschnitt in der Geschichte der Mastdarmoperationen. Die reiche Litteratur beweist den wichtigen Einfluss, welchen diese Methode ausgeübt hat. Der neue Weg erweckte neue Hoffnungen. Aber die Opfer blieben nicht aus, und die Freude an den Erfolgen wurde durch Zurückbleiben von Kothfisteln etc. beeinträchtigt. So wurden denn bald Vorschläge zur Modifikation des Verfahrens gemacht. Die bekannten Methoden der osteoplastischen Kreuzbeinresektion fanden vielfach Anwendung. Einen sehr wesentlichen Einfluss auf die Resultate der Operation haben sie nicht gehabt. Die osteoplastischen Methoden von Levy und Hegar werden wohl der Vergessenheit anheimfallen.

Hochenegg verdanken wir einen wichtigen Fortschritt. Er zog in geeigneten Fällen das centrale Mastdarmende herab und befestigte es vor den After. Es war durchaus richtig, die unzuverlässige Naht der Darmenden im Becken fallen zu lassen. In gleicher Absicht invaginirte Kraske die Nahtstellen und verlegte sie nach außen, kam aber später wieder davon ab. Nicoladoni befestigte das centrale Darmende vor den After durch Einnähen eines Ringes. Endlich exstirpirte Hochenegg, wie es Dieffenbach schon früher gethan hatte, die Mastdarmschleimhaut und pflanzte in die wundgemachte Partie das obere Darmstück ein. R. hat es seit Jahren eben so gemacht.

Es ist im höchsten Grade wünschenswerth, diese Art der Darmversorgung, wenn es irgend angeht, in Anwendung zu bringen.

»Die Resultate, welche bis in die jüngste Zeit bei der Operation der Mastdarmcarcinome erreicht worden sind, bedeuten unzweifelhaft einen Fortschritt, allerdings einen mäßigen.«

Noch heute giebt es namhafte Chirurgen, welche nichts von einer Radikaloperation wissen wollen. Wir können uns nicht wundern, wenn praktische Ärzte einen gleichen Standpunkt einnehmen. Die Operation des Mastdarmkrebses ist gefährlich, und besonders die sacrale. Allerdings sind die Resultate Kraske's und anderer Chirurgen mit der Zeit immer bessere geworden. Andere Operateure dagegen haben weit schlechtere Ergebnisse, Einige haben sich ganz von der sacralen Methode abgewendet. Das ist um so bedeutsamer, als dieselbe für den Operateur vielleicht am bequemsten ist und bezüglich der Freilegung des Operationsfeldes und der Blutstillung sehr Gutes leistet. In der That, die Kraske'sche Operation hat ihre Nachtheile. Sie hat ungefährlichere Methoden über Gebühr in den Hintergrund gedrängt.

R. plaidirt dafür, die Verletzung des Kreuzbeines wenn irgend möglich zu vermeiden.

Es folgt eine Schilderung der anatomischen Verhältnisse, wie sie Waldeyer in seinem ausgezeichneten Lehrbuche gegeben hat. Es ist nöthig, die neuen Bezeichnungen zu acceptiren.

Der Darmabschnitt, welcher sich mit seinem Mesenterium vom Promontorium bis zur Höhe des 3. Sacralwirbels erstreckt, wird als Colon pelvinum bezeichnet. Dann beginnt, oben noch intraperitoneal gelegen, die Pars pelvina recti. Diese reicht bis zum Beckenboden, sie stellte die Kothblase dar. Es folgt die Pars perinealis, der Ausführungsgang und zugleich der muskuläre Verschlussapparat der Kothblase.

Während die Einrichtungen der Pars pelvina (Ampulle) für einen längeren Aufenthalt des Kothes, also für eine gewisse Anhäufung, bestimmt sind, bedingt die feste Einpflanzung der Pars perinealis in die Fascie und Muskeln des Beckenbodens einen tadellosen Verschluss. Es gehört zur normalen Funktion ein Zusammenwirken des Sphincter ext., int. und Levator ani. Erwähnenswerth ist die komplicirte und höchst wunderbare Innervation (siehe Goltz und Ewald).

Die Pars pelvina besitzt eine besondere Fascie (Fascia propr. Waldeyer). Durch seitliche Verbindung dieser Fascie mit den Vasa hypogastrica entsteht ein prärectaler und ein retrorectaler Spalt. Zwischen dieser Fascie und dem Rectum liegen die anorectalen Lymphdrüsen (Gerota). Die Lymphgefäße folgen den Arterienzweigen der Art. haemorrhoid. sup. Die Drüsen liegen in den Verzweigungswinkeln, also seitlich vom Rectum. Es giebt inkonstante Lymphwege, welche zu seitlich im Becken liegenden Drüsen führen.

Die Art. haemorrhoid. sup. aus der Mesent. inf. ist das eigentliche Ernährungsgefäß des Mastdarmes. Ihr Verhalten ist bisher nicht hinreichend gewürdigt. Sie versorgt durch ein oder mehrere größere Gefäße den unteren Theil der Flexur. In ihrem gerade nach abwärts

gerichteten Verlaufe liegt sie im Mesocolon pelvinum etwas entfernt vom Darm und giebt zahlreiche kleine Äste zu demselben. Diese letzteren stehen durch dicht dem Darm anliegende Gefäßbogen in Verbindung. Oberhalb des 3. Kreuzbeinwirbels theilt sich die Arterie in 2 Endäste und tritt in den subfascialen Raum. Diese Äste schmiegen sich dem Darme innig an. Der eine läuft links und etwas nach vorn, der andere rechts etwas nach hinten. Ersterer versorgt mehr die vordere, letzterer die hintere Darmwand. Sie stehen durch zahlreiche kleine Gefäße in Verbindung.

R. demonstrirt das Verhalten der Art. haemorrhoid. sup. an einigen Injektionspräparaten.

Mit den neuen Befunden Gerota's bezüglich der Lymphgefäße müssen einige der noch jetzt gebräuchlichen Operationsverfahren fallen.

Die Entfernung eines Carcinoms vom Darmlumen aus ist unstatthaft. Der kleinste Krebs, das schildförmige Carcinom, der Analkrebs, sie alle erfordern eine ausgiebige Amputation.

Der Darm ist mit der Fascie und ohne Spaltung der Fascie zu exstirpiren. Nur seitlich ist die Fascie in ihrer Verbindung mit der Beckenwand zu trennen.

Bei der Operation eines Mastdarmkrebses verdient diejenige Methode den Vorzug, welche

1) unter den geringsten Verletzungen die Beckenhöhle freilegt, so dass der erkrankte Darm mit den Drüsen im Zusammenhange bei vollkommen sicherer Blutstillung entfernt werden kann;

2) die günstigsten Wundverhältnisse schafft und eine einfache Nachbehandlung gestattet;

3) einen möglichst sicheren Muskelschluss des Darmes garantirt.

Es sind zwei Umstände, welche die Operation so gefährlich machen, die Infektion und die Blutung.

Um eine Infektion während der Operation zu vermeiden, muss eine äußerst sorgsame Entleerung des Darmkanales vorhergehen. Die Zeit, welche diese in Anspruch nimmt, ist ganz verschieden. Bei der nöthigen Energie und Ausdauer wird man in der Regel zum Ziele kommen und nur selten einen präventiven After anzulegen brauchen. Die verdienten französischen Chirurgen Quénu und Hartmann empfehlen neuerdings wieder, in allen Fällen einen künstlichen After an der Flexur anzulegen und von dort aus das distale Darmstück mit Wasserstoffsuperoxyd gründlich auszuwaschen. Der Eingriff steht nicht im Verhältnisse zu dem, was erreicht werden kann. Der Koth kann wohl abgeleitet werden, aber eine sichere Desinfektion des Carcinoms ist nicht zu erreichen.

Vor einer Infektion während der Operation schützt man sich am besten, wenn man einerseits ein heftiges Zerren am Darme vermeidet, andererseits möglichst weit vom Carcinom hin ablöst. Das untere Ende des wegzunehmenden Darmstückes ist fest zu ver-

schließen, ehe man weiter operirt. Extrafasciales Vorgehen ist geboten!!!

Man wird weiterhin allen Grund haben, eine peinlich genaue Blutstillung anzuwenden. Eine sichere anatomische Kenntnis der in Betracht kommenden Gefäße und ihrer Anastomosen lehrt am besten, wo man unterbinden muss und wo man mit Kompression auskommt.

Wir kommen nun zu den Operationsmethoden.

Es giebt verschiedene Wege, um ein Mastdarmcarcinom freizulegen. Wir betonen nochmals, dass ein Krebs des Afters eben so wie das tiefer gelegene kleinste Carcinom eine ausgiebige Freilegung der Beckenhöhle nöthig macht.

Ein Krebs, welcher bis in das Colon pelvinum hinaufreicht, ist mit einiger Aussicht auf Radikalheilung weder von unten noch von hinten zu entfernen. Hierzu bedarf es einer kombinirten Operation (abdomino-perineale resp. vaginale). Lassen wir die Krebse der letzteren Art vorerst außer Betracht. Es ist kein Zweifel, dass die sacrale Methode einen sehr guten Zugang zum Carcinom giebt. Dasselbe leistet die vaginale Operation, aber auf weniger verletzende Art. Das kann nach R.'s Erfahrungen keinem Zweifel unterliegen. Auch bei dem Manne ist ein ausreichender Raum durch den weniger gefahrvollen Weg vom Damme aus zu gewinnen. Schelky, Quénu, Schuchardt u. A. haben in letzter Zeit neue Operationsmethoden empfohlen, welche von ähnlichen Gesichtspunkten ausgehen. Sie haben das Gemeinsame, dass Knochenverletzungen vermieden werden. R. hat nach langen Bemühungen schließlich eine Operationsweise acceptirt, welche sich an die Dieffenbach'sche anlehnt.

Die Operation beginnt mit einem vorderen Längsschnitte in der Raphe. Der Schnitt wird vertieft, und man dringt stumpf zwischen den Fasern des Levator ani hindurch in den prärectalen Raum. Nach vorn liegt nun die Prostata mit ihrer starken Kapsel, nach hinten die Fascia recti propr.

Es hat seinen großen Vorzug, die Operation des Mastdarmkrebses mit diesem vorderen Schnitte zu beginnen. Hier muss es sich sofort zeigen, ob ein verwachsenes Carcinom zu entfernen ist oder nicht. Der prärectale Raum wird durch lange schmale Haken auseinander gehalten, und durch stumpfe Dehnung werden nun bei normalen Verhältnissen die Samenblasen, der interampulläre Raum der Blase und die flottirende Peritonealfalte sichtbar. Entzündliche Verwachsungen pflegen keine großen Schwierigkeiten zu machen. Feste Verwachsungen mit Blase oder Ureteren bilden eine Kontraindikation.

Nun wird vorläufig der prärectale Raum tamponirt und durch einen hinteren Schnitt, welcher vom Anus aus seitlich am Steißbeine bis an das Kreuzbein verläuft, in den retrorectalen Raum vorgedrungen. Auch dieser Raum wird stumpf ausgedehnt und dann tamponirt. Es folgt die Spaltung des Sphincter ext. und int. genau

medial. Die Schleimhaut wird bis zum oberen Rande des Sphincter int. exstirpirt. Nun ist der Damm in zwei große seitliche Wundlappen, welche den muskulären Schlussapparat des Darmes enthalten, gespalten. Es genügt, das Steißbein kräftig aus dem Wege zu ziehen, um bequem weiter in die Beckenhöhle einzugehen. Zwei quere Schnitte vollenden die Trennung des Darmes. Er wird sammt Fascia propr. fest durch Nähte verschlossen. Die seitliche Verbindung der Fascie mit dem Becken wird scharf getrennt. Es kommt die Art. haemorrh. med. unter das Messer. Der Darm ist bald von allen Seiten zugänglich. Bei hinteren Verwachsungen hält man sich dicht an das Kreuzbein. Das sacrale Fettgewebe sammt Lymphdrüsen muss entfernt werden. Nachdem die peritoneale Anheftung scharf abgetrennt ist, kann man den Darm etwa 10 cm ohne Spannung herabziehen. Einem weiteren Herabholen setzen die Mesocolonblätter und die Art. haemorrhoid. sup. einen Widerstand entgegen. Im Bedarfsfalle sind sie zu trennen resp. zu unterbinden. Es empfiehlt sich, ein reichliches Stück Darm über dem Carcinom zu entfernen. Nun muss eine genaue Besichtigung der Beckenhöhle stattfinden, um etwaige seitlich gelegene Lymphdrüsen zu entfernen. Dann folgt die Einpflanzung des centralen Darmendes in den After. Sphincter ext. und namentlich int. werden durch Katgutnähte sorgfältig vereinigt. Die Hautschnitte werden verkleinert und nach vorn und hinten vom Anus Drainröhren angelegt.

Die geschilderte Operation leistet Alles, was man billigerweise verlangen kann. Sie kann jederzeit mit der sacralen Methode kombinirt werden. Allein das wird sehr selten nöthig sein. Sie ist weniger eingreifend als die sacrale Operation, der Abfluss des Sekretes hat günstigere Bedingungen, die Infektionsgefahr ist geringer, die Nachbehandlung einfacher und schmerzloser. Endlich wird dem Pat. ein guter Schluss des Darmes gesichert, wie die Erfahrung ergeben hat.

Bei Frauen führt R. nur die vaginale Operation aus. Die Methode ist ausführlich beschrieben. Von 14 Operirten ist nur die erste, und zwar in Folge mangelhafter Überwachung des Sekretabflusses, gestorben. Die Übrigen, worunter sehr schwierige Fälle, sind geheilt.

Die vaginale Operation verdient wärmste Empfehlung! Die nöthige Technik muss man sich freilich aneignen. Mit der Schilderung eines Falles, welcher vom Abdomen aus operirt werden sollte, sich aber als inoperabel erwies, kommt R. auf diese kombinirten Operationsmethoden zu sprechen. Die Eröffnung des Abdomens von oben hat bei Carcinom des Colon pelvinum einen bedeutenden Vortheil, nämlich den einer genauen Übersicht. Sie wird sicherlich auch für eine Radikalheilung dieser Krebse Ersprießliches leisten, wenn die Operation durch größere Erfahrungen eine mehr gesicherte ist.

Wenn gleich die Resultate bisher nicht ermuthigend sind, so steht R. weiteren Bestrebungen auf diesem Gebiete durchaus sympathisch gegenüber.

Eine präventive Unterbindung der Aa. hypogastricae zum Zwecke der Bluterspарnis (Giordano, Bruns) hält R. für unnöthig und unter Umständen für schwierig und gefährlich. Er verwirft ferner das Vorgehen Quénu's, welcher auf Herstellung normaler Verhältnisse verzichtet und stets einen definitiven iliacalen After anlegt.

Ob man nun vom Damme, der Scheide, vom Os sacrum oder vom Abdomen aus ein Carcinom zu entfernen trachtet, eine Frage ist von höchster Wichtigkeit für alle Methoden, es ist die Frage der Versorgung der Darmenden.

R. betrachtet es als eine Hauptaufgabe, den Pat. wenigstens annähernd normale Verhältnisse nach der Operation zu verschaffen. Ein widernatürlicher After bedingt eine verminderte Arbeitskraft, er verbittert auf die Dauer das Dasein im höchsten Grade. Der After an normaler Stelle ist ebenfalls ein widernatürlicher, wenn er keinen Schluss hat. Nun ist bekannt, dass nach Entfernung der Sphinkteren dennoch eine zufriedenstellende Funktion beobachtet wurde. Hier ist sicher der Levator ani eingetreten. R. ruft in Erinnerung, dass er auf dem Chirurgenkongresse 1898 gelegentlich der Diskussion über das Gersuny'sche Verfahren auf die Wichtigkeit der Erhaltung und Anheftung des Levator ani bei analen Krebsen hingewiesen hat. Er verweist dabei auf die eingehende Studie Lennander's[1]. Schwieriger wird die Sache bei hochsitzenden Krebsen.

Soll man die Darmnaht im Becken beibehalten oder das periphere Stück exstirpiren und den Darm herunterholen? Beides hat unter Umständen seine Gefahren.

Wenn die Gefahr der Darmgangrän vermieden werden könnte, so wäre die Amputatio recti stets der Resectio vorzuziehen. Die Gangrän entsteht durch mangelhafte Blutzufuhr. Vielfache Leichenversuche haben R. bewiesen, dass bei stärkerem Herabziehen des Darmes die Arteria haemorrhoid. sup. einem bedeutenden Zuge ausgesetzt wird. Die Arterie wird gedehnt, ihr Lumen entsprechend verengert. Es strömt ungenügend Blut durch die Arterie. Forcirt man den Zug (hierbei kann die Arterie abreißen, wie es Kraske am Lebenden passirte), so überträgt derselbe sich auf die Art. mesent. inf. und knickt dieselbe an ihrer Ursprungsstelle aus der Aorta spitzwinklig ab.

Je nachdem wird eine akute oder langsam eintretende Gangrän die unvermeidliche Folge sein.

Es ist also praktisch zu beachten, wenn bei der Entfernung eines Mastdarmcarcinoms die Fascienverbindung gelöst, die Peritonealbefestigungen getrennt sind, dann widersetzt sich die Arterie allein einer weiteren Mobilisirung. Spannung des Darmes weist dann auf die Zugeffekte an der Arterie hin.

Alle Zustände, welche den Blutzufluss in der Arterie herabsetzen, gefährden das Leben des Darmabschnittes (z. B. Atherom). Die Arterie

[1] Centralblatt für Chirurgie 1899.

muss also in Fällen hoher Amputation durchschnitten und unterbunden werden. Dann bleibt die Blutfüllung ungehindert, und die Bahn der Anastomosen kann die Ernährung übernehmen.

Wenn man die Flexur herabholt, so müssen wegen der Stärke der Anastomosen die Verhältnisse der Cirkulation sich viel günstiger gestalten als am Colon pelvinum. Injektionsversuche zeigen, dass sich mit Leichtigkeit von der Mesent. inf. aus das Gebiet der oberen Mesenterialarterie füllen lässt. Nur muss man möglichst die Gefäßbogen der Mesenterialgefäße schonen (siehe Kümmell[2]).

Bei hohen Amputationen soll nach Unterbindung und Trennung der Art. haemorrhoid. sup. jede Spannung des Darmes, also wohl auch eine Torsion (Gersuny) vermieden werden.

Es ist übrigens dringend zu wünschen, dass in Zukunft das Auftreten von Darmnekrose ziffernmäßig festgestellt, auch jeder einzelne Fall in Bezug auf seine Entstehung genau geprüft wird.

Eine kleine Randgangrän hat nach der Amputation keine Bedeutung, wohl aber bei der Resectio recti, wenn die cirkuläre Darmnaht angewendet wird.

R. hofft, dass wir in der Folge die cirkuläre Naht mehr und mehr verlassen können. Er fasst sein Referat in folgende Schlusssätze zusammen:

1) Bei der Freilegung der Beckenhöhle ist eine Verletzung des Kreuzbeines thunlichst zu vermeiden.

2) Es ist sehr wohl möglich, von dem Perineum oder der Vagina aus hohe Darmkrebse zu entfernen, welche man früher nur auf sacralem Wege entfernen zu können glaubte.

3) Das Rectum ist extrafascial auszulösen.

4) Der Krebs des Afters, wie die kleinste Krebswucherung erfordern gleichermaßen eine hohe Amputation.

5) Die abdomino-perinealen resp. vaginalen Operationen lassen weitere Fortschritte in der Behandlung der Colon pelvinum-Krebse erwarten.

6) Der Schließmuskelapparat ist möglichst zu erhalten und das centrale Darmende an normaler Stelle einzupflanzen.

(Selbstbericht.)

---

43) **J. Hochenegg** (Wien). Bericht über 121 eigene sacrale Mastdarmoperationen wegen Carcinom und über die durch die Operation erzielten Resultate.

H. betrachtet, wie er dies schon vor 12 Jahren in seiner ersten diesbezüglichen Publikation empfahl, die sacrale Methode bei Mastdarmcarcinomen als Normalverfahren und operirt nur in den seltenen Fällen von ganz tief sitzenden Carcinomen nach der perinealen Methode (8 Fälle gegen 121 sacrale Exstirpationen).

[2] Verhandlungen des Chirurgenkongresses 1898.

Die von den Gegnern der sacralen Methode geltend gemachten Einwände (Gefahr der Voroperation, bestehend in Blutung, Nervenschädigung und Eröffnung des Duralsackes) lässt H. nicht gelten und betont diesen gegenüber die großen Vortheile der sacralen Methode, die in der Möglichkeit exakteren Operirens und ausgiebiger Drainage bestehen.

H. verlor bei seinen 171 sacralen Operationen (121 Rectumexstirpationen wegen Carcinom und 50 diversen anderen sacralen Eingriffen) keinen einzigen Fall an den Folgen der Voroperation und hält daher dieselbe für gefahrlos, was auch dadurch erwiesen wird, dass H. bei seinen Rectumexstirpationen nur eine Mortalität von 5% zu verzeichnen hat.

Als Grenzen der Operabilität eines Rectumcarcinoms gelten für H. nur die starre carcinomatöse Fixation im Beckenzellgewebe; sonst wird bei allen Carcinomen, deren Entfernung technisch ohne lebensgefährliche Gefährdung der übrigen Beckenorgane durchführbar ist, die Operation versucht.

Von der bisher üblichen Vorbereitung der Pat. mit Abführmitteln und Irrigationen ist H. vollkommen abgekommen, auch giebt er nach der Operation Opium nur in Ausnahmefällen.

H. vollführt die ganze Operation in linker Seitenlage des Pat. Zur Voroperation wird ein nach rechts konvexer Bogenschnitt in der Kreuzsteißbeingegend gemacht, der diese Knochen bloßlegt; von denselben wird je nach Bedarf, bald mehr bald weniger entfernt, namentlich bei Frauen kommt man häufig mit der Entfernung des Steißbeines und der zwei untersten Kreuzbeinwirbel leicht aus. Durch Lokalisation und Ausbreitung des Carcinoms unterscheidet sich das weitere Vorgehen: ist die Pars sphincterica krank und mit zu entfernen, so wird der After umschnitten und das Rectum, so weit es nöthig ist, entfernt, worauf H. in der Regel der Fälle den Darm unter dem Kreuzbeine in die äußere Haut einnäht, also einen Anus sacralis etablirt. Solche Pat. müssen dann eine von H. angegebene Pelote tragen.

Bei erhaltungsfähiger Analportion wird nach der Kontinuitätsresektion des Carcinoms der obere Darm an den unteren angenäht und so dem Kranken bei gelungener Naht die Kontinenz erhalten.

Da die bisherige Art der Nahtanlegung in der Wunde schwierig und auch gefährlich ist, indem sie sehr häufig platzt, und so Kothaustritt mit der Gefahr einer stercoralen Phlegmone zu Stande kommen kann, hat H. verschiedene Nahtmodifikationen ersonnen. Wenn der Darm genügend mobil ist, so wird der obere Darmabschnitt durch die vorher von ihrer Schleimhaut befreite Pars sphincterica durchgezogen und dann vor dem Anus durch Nähte fixirt (Durchziehmethode), oder die Naht wird durch Umstülpung der Analportion und erfolgte Durchziehung des oberen Darmes von außen her bequem und sicherer angelegt.

H. hat nach diesen Verbesserungen der Naht von 62 Fällen von Resektionen mit Darmnaht nur einen Fall an stercoraler Phlegmone verloren.

Bei allen Fällen von sacralen Exstirpationen eröffnet H. das Peritoneum, da er nur nach erfolgter Ablösung dieses den Darm genügend mobil machen kann, um ihn in einer der geschilderten Weisen versorgen zu können. Nach vollendeter Exstirpation wird die Wunde nur theilweise genäht, sonst ausgiebigst drainirt.

Der Wundverlauf ist in der Regel ein guter, am 4. Tage wird Stuhl erzwungen, und dann nach Bedarf eventuell mehrmals täglich verbunden. Heilung tritt vom 14. Tage bis zum 42. Tage ein.

Von den geheilten waren 31 Fälle kontinent. Der größte Theil unter diesen ist vollkommen normal, 3 Frauen dieser Kategorie haben normal ausgetragene Kinder geboren, nur ein kleiner Bruchtheil klagt über Inkontinenz bei flüssigem Stuhle oder über Stenosenerscheinungen.

Die Fälle mit sacralem After (50 Fälle) tragen Peloten, oft mit sehr gutem Erfolge, und befinden sich meist trotz ihres Defektes wohl.

Konstant wurde eine bedeutende Gewichtszunahme bei den Operirten beobachtet, die auch gewöhnlich anhält, so lange keine Recidive oder Metastasen aufgetreten sind.

H. ist vollkommen davon abgekommen, bei aufgetretenem Recidive den Versuch einer Exstirpation zu wiederholen, indem sich dieser immer als vollständig unausführbar erwies. Mithin werden nur eventuell durch Recidive gebotene Palliativoperationen (8 Kolostomien) ausgeführt.

Seit 2. Mai 1897 machte H. 121 sacrale Rectumexstirpationen wegen Carcinom; von denselben starben 10 Fälle im zeitlichen Anschlusse an die Operation, was einer absoluten Mortalität von 8,2% entspricht. Wenn man aber von diesen 10 Fällen, dem allgemeinen Usus folgend, jene Fälle ausscheidet, deren Todesursache nicht in kausalem Zusammenhange mit der Operation steht, so bleiben für die Berechnung der Mortalität nur 6 Fälle, was eine Mortalität von nicht ganz 5% ergiebt.

Den Procentsatz der Dauerheilungen berechnet H. bei seinen Pat. auf 25%.

H. legt, da er alle Fälle selbst operirt und größtentheils auch selbst nachbehandelt hat, seiner Statistik große Bedeutung für die Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der sacralen Methode bei, indem er hervorhebt, dass gerade bei den sacralen Rectumexstirpationen bei der Operation wie bei der Nachbehandlung viel auf persönliche Erfahrung ankommt. (Selbstbericht.)

44) **K. Schuchardt** (Stettin). Über die bei Carcinom, Lues und Tuberkulose eintretende Schrumpfung des Mastdarmes und Colons und ihre Bedeutung für die Exstirpation pelviner Dickdarmabschnitte.

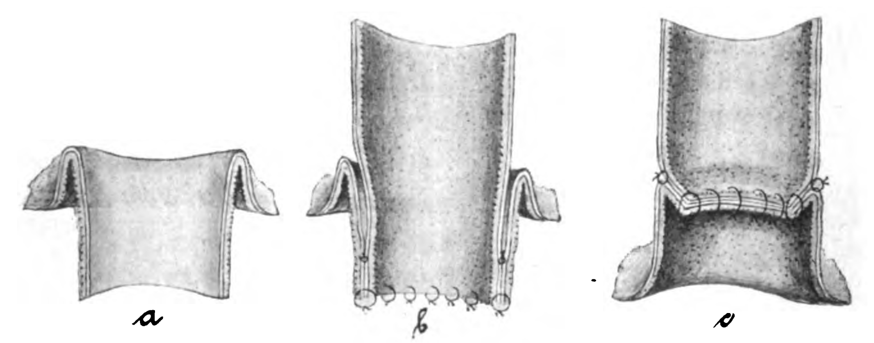
S. exstirpirt den Mastdarm und das Colon pelvinum stets ohne Kreuzbeinresektion nach der von ihm in der Deutschen med. Wochenschrift 1899 No. 34 beschriebenen Methode. Die Möglichkeit, das Colon pelvinum und die Flexura iliaca auf die dort geschilderte Weise durch schrittweise Loslösung des Mesocolon von unten her zu exstirpiren, findet theoretisch ihre Grenze in der Länge der Flexur: erst wenn diese »aufgebraucht« ist, ist ein ferneres Herabziehen des Darmes lediglich von unten her unmöglich. Praktisch kann man die normale Verschiebungsfähigkeit der Flexur, die ein Ausschalten eines ca. 45 cm langen Darmstückes gestatten würde, niemals ganz ausnützen, hauptsächlich wegen der eigenthümlichen Schrumpfungsprocesse, die sich am Mastdarme und Colon in Folge von Carcinom, Lues und Tuberkulose ausbilden und die zu einer Verkürzung des Mastdarmes von 15 cm auf 10, 9, 6, ja selbst auf 3 cm führen können. Da die mikroskopische Untersuchung aller untersuchten Carcinome stets eine lebhafte Wucherung der Geschwulstelemente zeigte, so muss angenommen werden, dass diese Verkürzungen nicht in der Weise zu erklären sind, wie die atrophischen Schrumpfungen gewisser Mammacarcinome, bei denen der größte Theil der Carcinomzellen verfettet und resorbirt wird. Die Schrumpfung des Darmrohres in der Längsrichtung ist vielmehr der messbare Ausdruck für den enormen Tag aus Tag ein sich summirenden Verlust an Geschwulstgewebe, welchen das krebsige Hohlorgan an seiner Innenfläche erleidet, indem durch mechanische Insulte seitens der Ingesta und durch allerlei bakterielle Invasionen ein fortwährender theils molekulärer, theils gröberer Zerfall und Abgang der Neubildung stattfindet. Selbst die lebhafteste Wucherung der Geschwulstelemente vermag diesen Gewebsverlust nicht zu decken, und es werden daher die zur Ausgleichung der Defekte erforderlichen inneren Verschiebungen innerhalb der Geschwulstmasse zu einer Verkürzung der Geschwulstbasis und einer gegenseitigen Annäherung des centralen und peripheren Theiles des noch gesunden Darmrohres, zu einer Retraktion des betreffenden Darmabschnittes führen müssen.

Am beträchtlichsten sind die Verkürzungen des Darmes bei den sehr chronisch verlaufenden luetischen und tuberkulösen Processen. Die Schrumpfung wird hier noch begünstigt dadurch, dass die gummöse und tuberkulöse Schwielenbildung im periproktalen Bindegewebe auf das Mesocolon übergeht und hier zu einer analogen, zur Schrumpfung neigenden Schwielenbildung führt (Mesenteriitis sigmoidea chronica gummosa resp. tuberculosa). Hierdurch kann der Mastdarm und das Colon so erheblich verkürzt werden, dass die

Krümmung der Flexura sigmoidea mehr oder weniger vollständig ausgeglichen wird. Bei einer 33jährigen Frau, bei welcher S. wegen Syphilis 20 cm Dickdarm von unten her exstirpirte, konnte er nach der Heilung ein langes steifes Bougie von dem Anus her so in den Darm einführen, dass es direkt in dem früher angelegten künstlichen After in der linken Regio iliaca zum Vorschein kam. Die Gesammtverkürzung des Mastdarmes und Colons musste in diesem Falle auf 25 cm veranschlagt werden, in einem Falle von Tuberkulose betrug sie sogar 35 cm. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Wölfler (Prag): Ich habe mit besonderer Befriedigung vernommen, dass aus den interessanten Auseinandersetzungen Krönlein's und Rehn's hervorgeht, dass bezüglich der Ausführung der Hilfsschnitte zur Bloßlegung des Rectum möglichst einfache Methoden gewählt werden mögen; ich selbst vertrete diese Anschauung seit vielen Jahren und ich kann auch noch hinzufügen, dass ich auch bei der von mir zuerst angewandten parasacralen Methode mit der Zeit immer kleinere Schnitte ausgeführt habe, so dass ich in der letzten Zeit von der Durchtrennung der Lig. ischio- und tuberososacra vollkommen absehen konnte. Es liegt wohl in den Fortschritten einer jeden sich entwickelnden Technik, dass man von großen Schnitten zu immer kleineren zurückkehrt. Die Absägung des Kreuzbeines habe ich in den allerseltensten Fällen und da nur beim Manne ausgeführt. Ich begnügte mich fast immer mit der Exstirpation des Steißbeines.



a = umgestülptes distales Ende des Rectums. *b* = Vereinigung des distalen Endes mit dem hineingezogenen proximalen Ende. *c* = reponirte Nahtstelle.

Was die Vereinigung der Darmenden nach der Resectio recti anbelangt, so habe ich mich veranlasst gesehen, eine gleiche Vereinigungsmethode der durchtrennten Darmenden auszuführen, wie diese Prof. Hochenegg heute angegeben hat. (Siehe Abbildung.) Es wird das distale Ende des Darmes umgestülpt, das proximale durch das umgestülpte Rohr durchgezogen; dann lassen sich die an einander liegenden Darmenden in aller Schnelligkeit vereinigen (ähn-

lich wie bei der Darmvereinigung nach Maunsell); darauf kommt es aber sehr an, da erfahrungsgemäß die Kranken nach einem solchen mitunter langdauernden Eingriffe recht kollabirt sind. Die Entstehung von Fisteln wird man auch bei dieser Methode nicht vermeiden können. Was schließlich die Kontinenz der Operirten anbelangt, so wurde bei der Diskussion eine Bedingung für das Vorhandensein oder das Fehlen der Kontinenz nicht berührt, welche mir von größter Wichtigkeit erscheint, die der Reflexerregbarkeit der Schleimhäute des herabgezogenen Darmes. Denn es ist doch selbstverständlich, das die Kontinenz nicht allein von der motorischen Aktion des Sphinkters abhängt, sondern auch davon, bis zu welchem Grade die Rectumschleimhaut reflektorisch erregbar ist. Bedenkt man nun, dass der Darm nach der Resektion oder Amputation von allen Verbindungen mit den nervösen Centren abgeschnitten ist, so ist es nicht zu verwundern, wenn selbst nach Resektionen mit Erhaltung des Sphinkter in Folge mangelnder reflektorischer Erregbarkeit der Schleimhaut keine Kontinenz vorhanden ist. Sobald wieder während der Heilung die nervöse Verbindung hergestellt ist, bessert sich auch erfahrungsgemäß die Kontinenz, die nach Resektionen in der Regel auch für dünneren Stuhl und für Winde eine vollkommene wird. Da mir dieser Gegenstand von besonderer Wichtigkeit erscheint, so habe ich an 30 von mir operirten Kranken nach mehreren Jahren die Kontinenz geprüft, und da ergab sich das auffällige Resultat, dass manche doch relativ gut kontinent waren bei einfacher Amputation, während andere trotz aller Maßnahmen, wie der Torsion (Gersuny) oder selbst nach Durchziehung des Darmes durch den erhaltenen Sphinkter (nach der Methode Hochenegg's) relativ oder gänzlich inkontinent geblieben sind (für dünnflüssigen Stuhl). Man kann sich diese Verschiedenheit nur dadurch erklären, dass man annimmt, dass bei manchen Individuen die nothwendigen Reflexe sich nicht mehr hergestellt haben. Auch aus diesem Grunde wird es zweckmäßig erscheinen, dahin zu trachten, dass die Operationswunde nicht allzu ausgedehnt werde, und keine überflüssigen Nekrosen entstehen, so dass die Verbindung des herabgezogenen Darmes mit der Umgebung der Wunde eine möglichst unmittelbare sei und nicht erst durch ausgedehnte Narbenbildungen vermittelt werde.

(Selbstbericht.)

v. Bergmann (Berlin) stellt einen Pat. vor, bei welchem er vor 4 Jahren die Resectio recti nach der Methode von Schlange ausgeführt hat. Der Pat. ist bis jetzt recidivfrei und hat vollkommene Kontinenz. v. B. giebt zwar zu, dass die Blutung bei dieser Methode sehr viel stärker ist als bei der von Hochenegg, betont aber andererseits, dass die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes eine besonders gute ist. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

45) **F. Bessel-Hagen** (Charlottenburg). Beiträge zur Milzchirurgie.

Die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Milzchirurgie gesammelten Erfahrungen sind geeignet, eine Umwandlung unserer Anschauungen über Zulässigkeit und Nothwendigkeit der Milzexstirpation herbeizuführen. Schon das gänzliche Verschwinden der Milzexstirpationen bei leukämischen Milztumoren, bei Stauungs- und bei Amyloidmilz deutet auf einen Fortschritt hin. Aber auch sonst noch hat die stetig sich mehrende Zahl der Splenektomien nach verschiedenen Richtungen hin Aufklärung gebracht.

Dafür, dass bei einem sonst gesunden Menschen der Verlust der Milz keinen irgend wie erkennbaren Nachtheil zur Folge hat, besitzen wir in Thierexperimenten und zahlreichen Beobachtungen an operirten Pat. ausreichende Beweise.

Von großer Bedeutung ist aber auch die Thatsache, dass bei der Splenektomie die mit der Operation als solcher verbundene Gefahr sich in den letzten Jahren wesentlich vermindert hat. Bis zum Jahre 1894 betrug die Mortalität, nach Ausschaltung der bei Leukämie, bei Stauungs- und bei Amyloidmilz ausgeführten und fast durchweg unglücklich verlaufenen Operationen, nicht weniger als 34%. Für die letzten 6 Jahre hat sie nur 18% betragen. Und dabei lehrt noch die Prüfung der einzelnen aus diesen Jahren stammenden Operationsfälle, dass die Mortalität sich zweifellos in höherem Maße vermindert haben würde, wenn immer die Auswahl der Fälle eine richtige gewesen wäre. Demgemäß ist der Vortr. der Ansicht, dass die frühere und auch jetzt noch vielfach herrschende Scheu vor der Splenektomie, so weit die Gefahren der Operation in Betracht kommen, ihre Berechtigung zum größten Theile verloren hat. Die Exstirpation der Milz ist nicht allein als ein berechtigter, sondern auch als ein gebotener Eingriff zu erachten, wenn sie eine Krankheit zu beseitigen oder wesentlich zu bessern vermag.

Unter welchen Bedingungen die Splenektomie vorgenommen werden soll, ist für einzelne Erkrankungsformen bereits klargestellt. Es gilt das insbesondere für die Fälle von schwerer Milzverletzung und Milzvorfall durch die Bauchwand, dann für eine Reihe von cystischen Geschwülsten, malignen und gutartigen Neubildungen, ferner für die mit starker Hypertrophie verbundenen Formen der Wandermilz und die von großen peri- und parasplenitischen Eiteransammlungen umhüllten Milznekrosen. Dagegen fehlt es noch an einer genauen Bestimmung der Grenzen, welche der Splenektomie bei der hypertrophischen Malariamilz und bei den einzelnen Formen der aus unbekannter Ursache entstandenen primären Milzhyperplasie zu stecken sind.

Es lässt sich nicht leugnen, dass doch in vielen Fällen von hypertrophischer Malariamilz mit der Splenektomie eine bemerkenswerthe Besserung der Krankheitserscheinungen erzielt worden ist.

Bei richtiger Auswahl der Fälle ist die Gefahr der Operation eine geringe. Man wird daher bei den Milzgeschwülsten dieser Art ohne Bedenken die Splenektomie in Frage ziehen dürfen, sobald die von der Größe der Geschwulst bedingten Störungen und die ersten Erscheinungen der Kachexie ein Eingreifen erfordern; selbst bei sehr großen Tumoren, die man früher nicht anrühren durfte. Indessen werden doch erst weitere Erfahrungen zeigen müssen, bis zu welchem Grade die Operation die Folgeerscheinungen der Malariainfektion zu mildern vermag.

Eine wesentlich andere Beurtheilung verdient nach der Ansicht des Vortr. schon heute die Frage der Milzexstirpation bei den primären oder idiopathischen Milzhypertrophien. Die Fälle dieser Art geben für die Operation eine durchaus günstige Prognose; von den in den letzten Jahren operirten Kranken ist nur einer 20 Tage nach der Operation an einer Lungenentzündung gestorben. Diese Formen des Milztumors erfordern aber auch im Gegensatze zu den bisher gültigen Anschauungen ein frühzeitiges Eingreifen der chirurgischen Behandlung, wenn man, wie es der Vortr. für alle Fälle als wahrscheinlich betrachten möchte, ihre Zugehörigkeit zu denjenigen Milzhypertrophien nachzuweisen vermag, welche in letzter Zeit mehrfach in Gemeinschaft mit consecutiver Lebercirrhose beobachtet worden sind. Die idiopathischen Milzhypertrophien würden in diesem Falle die Gesundheit des Kranken in hohem Grade zu beeinträchtigen vermögen und demgemäß auch für unsere Beurtheilung und unser Handeln eine andere Bedeutung als bisher verdienen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend hält der Vortr. zum mindesten eine genauere Untersuchung und Beobachtung der einzelnen Fälle bei gleichzeitiger Beachtung aller anamnestischen Daten für außerordentlich wichtig.

Bei den vorher erwähnten Formen der mit Lebercirrhose kombinirten Milzhypertrophie endlich handelt es sich nicht um Milzvergrößerungen im Gefolge von atrophischer Lebercirrhose, sondern um eigenthümliche, zum Theil sehr beträchtliche Hyperplasien, welche nicht durch Malaria und nicht durch Alkohol, sondern durch einen wahrscheinlich vom Darmkanale ausgehenden Intoxikationsprocess hervorgerufen werden und, so weit nachweisbar, sich meist erst nach längerer Zeit mit einer zu Lebercirrhose und schließlich zu Ascites und zum Tode führenden interstitiellen Hepatitis verbinden. Da nun hier die Milz, selbst wenn für beide Organerkrankungen eine gemeinsame Krankheitsursache anzunehmen wäre, doch zuerst und jedenfalls viel stärker als die Leber erkrankt, so ist es klar, dass das einzige Heilmittel nur eine frühzeitig ausgeführte Splenektomie sein kann, dass wir demgemäß auch verpflichtet sind, noch ehe schwere Störungen von Seiten der Leber sich merkbar machen, den Milztumor zu beseitigen, um die Leber als das wichtigere Organ vor schwerer und unheilbarer Erkrankung zu schützen. Der Vortr. stellt ein 26jähriges Mädchen vor, bei welchem er einen solchen $29^1/_2$ cm

langen, 17 cm breiten und $8^1/_2$ cm dicken Milztumor mit gutem Erfolge entfernt hat, und bei welchem die schnelle Besserung der Cirkulationsverhältnisse nach der Operation, die rasche Wiederkehr der früheren normalen Blutzusammensetzung und das Schwinden einer vorher vorhandenen Albuminurie auch eine gute Einwirkung auf das Verhalten der Leber erwarten lassen.

Zum Schlusse berichtet der Vortr. noch über 2 weitere Fälle, in denen er die Splenotomie und eine partielle Exstirpation der Milz mit günstigem Ausgange ausgeführt hat.

In dem einen Falle handelte es sich um eine allgemeine eitrige Einschmelzung und Nekrose der Milz in Folge eines gangränösen Schankers. Der Pat. kam einen Monat nach dem Auftreten des Schankers zur Operation und behielt nur einen ganz kleinen Rest von Milzgewebe am oberen Pole zurück.

In dem 2. Falle hatten sich im Anschlusse an einen perityphlitischen Abscess mit ausgesprochen septischen Erscheinungen multiple, aber ebenfalls durchaus intralienale Abscesse entwickelt, so dass in großer Ausdehnung das von einer Unzahl kleiner Eiterherde durchsetzte Milzgewebe zum Theil mit stumpfer Auslösung, zum Theil mit dem scharfen Löffel exstirpirt werden musste. Nur der obere Pol und der den Hilus umgebende Theil der Milz blieb zurück.

Diese beiden, nur sehr selten vorkommenden Erkrankungen — es ist seither erst über 6 operativ behandelte Fälle von Abscessbildung in der Milz oder in der Milzgegend berichtet worden — haben für die Pat. keinen nachweisbaren Schaden hinterlassen.

(Selbstbericht).

---

46) **Kehr** (Halberstadt). Wie verhält es sich mit den Recidiven nach Gallensteinoperationen.

K. theilt mit, dass er echte Recidive, d. h. ein Wiederwachsen von Steinen nach erfolgreicher Operation, nach 491 Gallensteinoperationen, die er binnen 10 Jahren ausgeführt hat, noch nicht beobachtet hat. Unechte Recidive kamen in 15% der Fälle vor, und zwar Zurücklassen von Steinen in 4%, Hernien in 7%. Adhäsionskoliken sind nach der Cystostomie häufiger als nach der Cystektomie (17% gegen 1%). Entzündungskoliken kommen immer nach der Cystostomie vor.

Die Häufigkeit der unechten Recidive nach der Cystostomie haben K. bestimmt, mehr und mehr zur Cystektomie überzugehen, wenn nöthig in Verbindung mit der Hepaticusdrainage (bisher über 30 Fälle). Zum Schluss weist K. darauf hin, dass die guten Erfolge so überwiegen, dass der Operirte die geringen Unannehmlichkeiten der Adhäsions- und Entzündungskoliken gern in Kauf nimmt.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Löbker (Bochum) sieht an sich in der Anwesenheit von Gallensteinen keine Indikation zum operativen Eingriff. Dieselbe wird

erst durch Komplikationen gegeben. Er befürwortet die Cystektomie, sobald irgend welche Veränderungen an der Schleimhaut der Gallenblase vorhanden sind, wegen der Gefahr des Carcinoms, das primär stets als Folgeerscheinung der Steinbildung aufgefasst werden muss. Die meisten Recidive, die L. gesehen hat, waren keine echten Recidive, sondern meist Folgeerscheinung der vorhandenen Entzündung — ein weiterer Grund für die Cystektomie. Unechte Recidive kommen auch in Folge zurückgelassener Steine in Cysticus und Hepaticus vor. Desshalb verwirft L. das zweizeitige Operiren, da eine Abtastung des Choledochus dabei unmöglich ist. Auch ein Überwandern von Steinen in den Hepaticus ist bei Occlusion des Choledochus nicht selten die Ursache von Recidiven. L. empfiehlt desshalb die breite Spaltung (Sondirung der Gänge), die Hepaticusdrainage. Seine sämmtlichen derartig Operirten sind genesen. Die Hauptsache ist aber die Entfernung des Occlusionssteines im Choledochus. Bei Adhäsionen hilft auch nicht immer die Ektomie vor Wiederkehr von Beschwerden; man soll dann mit der Gastroenterostomie nicht zögern. Bauchbrüche hat L. selten gesehen.

Petersen (Heidelberg) hat nur 2mal echte Steinrecidive gesehen. Bei den unechten Recidiven unterscheidet er Beschwerderecidive und Steinrecidive in Folge verschuldet oder unverschuldet in den Gängen zurückgebliebener Steine. Gegen diese Form der Recidive hilft auch nicht die Ektomie, sie beraubt uns aber eines werthvollen Sicherheitsventils.

Körte (Berlin) hat ebenfalls öfters Beschwerden nach der Operation wieder auftreten sehen. Entzündlich veränderte Gallenblasen nimmt K. ebenfalls fort, auch Hepaticus- und Choledochusdrainagen führt K., wenn nöthig, aus, hat jedoch niemals die Entleerung von Steinen aus diesen Drainagen gesehen. Die Indikation zum Eingriff hat K. auf diejenigen Gallensteinfälle eingeschränkt, in denen entzündliche Veränderungen der Gallenblase nachweisbar sind.

Troje (Braunschweig) hat ein Carcinom nach Cystostomie und Fistelbildung (Kehr) entstehen sehen; er befürwortet desshalb ebenfalls die Ektomie.

Unter 27 Fällen hat er nur 3 Kolikrecidive, einen Todesfall bei allgemeiner Peritonitis und einen Bauchbruch erlebt.

Rehn (Frankfurt a/M.) hat nach der Gallenblasenexstirpation den Abgang kleiner Konkremente beobachtet, deren Entstehung er in die Gallengänge verlegt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

47) **Brentano** (Berlin). Vorstellung eines geheilten Falles von Pankreasnekrose.

B. demonstrirt eine Pat., bei der es zur Nekrose und Abstoßung fast der ganzen Bauchspeicheldrüse im Zusammenhange, unter Bildung eines großen Abscesses in der Bursa omentalis, gekommen war. Da

die Pat. in der Novembersitzung der freien chirurgischen Vereinigung Berlins früher von dem Vortr. vorgestellt worden ist, so sei bezüglich der Kranken- und Operationsgeschichte auf das ausführliche Referat über jene Sitzung (cf. d. Centralblatt 1899 p. 1357) verwiesen und hier nur über den weiteren Verlauf kurz berichtet.

Pat. verließ bald nach ihrer damaligen Vorstellung mit noch secernirender Pankreasfistel gegen ärztlichen Rath das Krankenhaus. Die Fistel heilte zwar draußen zu, Pat. begann aber wieder zu fiebern, litt viel an Obstipation und an häufig auftretenden ungemein schmerzhaften Koliken.

Am 10. März 1900 wurde sie, zum Skelett abgemagert, aufs neue ins Krankenhaus am Urban aufgenommen. Es bestand seit 12 Tagen Verstopfung, Pat. erbrach fast Alles, was sie zu sich nahm, und wurde von anfallsweise auftretenden Koliken gequält. Man musste an einen Ileus denken, der möglicherweise durch Verwachsungen in Folge der früheren Operation zu Stande gekommen war. Allerdings fehlten stärkerer Meteorismus und sicht- und fühlbare Peristaltik der Darmschlingen. Schließlich traten denn auch auf Ricinus und Darmeinläufe reichliche Entleerungen auf. Im Verlaufe der nächsten Tage entwickelte sich eine Schallabschwächung über den linken unteren Rippen, die eine Verhaltung hinter der Narbe wahrscheinlich machten. Desshalb wurde dieselbe am 16. März aufs neue eröffnet und 300 ccm eines leicht fötiden Eiters, dem keine Verdauungsfermente beigemengt waren, entleert.

Das Befinden der Pat. besserte sich danach wie mit einem Schlage. Die Wunde begann zuzuheilen und ist jetzt, ohne dass sich eine Pankreasfistel etablirt hätte, geschlossen. Pat. scheint nunmehr ihrer endgültigen Heilung entgegenzugehen. Die Gewichtszunahme ist allerdings noch gering: $1^1/_2$ Pfund. Gesammtgewicht jetzt: 72 Pfund.

Der Urin enthält nach wie vor Zucker, dessen Menge schwankt und durch kohlehydratfreie Nahrung wenig beeinflusst wird.

Gegenwärtig beträgt der Zuckergehalt $2^1/_2\%$.

Im Anschlusse an die Demonstration hebt der Vortr. die Bedeutung der Ergüsse in die Bursa omentalis für die Erkennung der Pankreasaffektionen hervor und bespricht kurz ihre Symptome und operative Behandlung. (Selbstbericht.)

---

48) **F. Bessel-Hagen** (Charlottenburg). Zur operativen Behandlung der Pankreascysten.

Die Pankreascysten können bei ungewöhnlicher Lage und ungewöhnlichen Beziehungen zur Nachbarschaft für die operative Behandlung so außerordentliche Schwierigkeiten bereiten, dass man schon gezwungen gewesen ist, ohne Freilegung der Geschwulst die Bauchwunde wieder zu schließen. In einem solchen, anscheinend gänzlich aussichtslosen Falle, in welchem jede der sonst üblichen

Operationsmethoden ausgeschlossen bleiben musste, hat der Vortr. auf einem neuen Wege, quer durch den Magen hindurch, die Cyste zugänglich gemacht und einen Heilerfolg erzielt.

Ein 13jähriger Knabe hatte unter Fiebererscheinungen in der epigastrischen Gegend eine rasch wachsende, prall gespannte und äußerst druckempfindliche Anschwellung bekommen, welche abwärts bis zum Nabel reichte und aufwärts unter den vorgewölbten Rippen verschwand. Der Knabe kam in einem vollkommen entkräfteten Zustande und auf das Äußerste abgemagert zur Operation. Bei der Laparotomie entleerte sich zunächst aus dem links von der Mittellinie angelegten Schnitte eine mäßige Menge peritonitischen Exsudates. Dann zeigte es sich, dass die breitbasig und absolut fest aufsitzende Pankreascyste allseitig bis nahe an die Wirbelsäule hinan von dem straff und unverschieblich über sie hinweggespannten Magen überlagert war. Entzündliche Verwachsungen hatten die Grenzen zwischen Magen und Cyste völlig verwischt und dazu geführt, dass auch nicht die allergeringste Verschiebung und noch weniger ein Herabziehen oder ein Verlagern der Magenwandungen nach irgend einer Seite hin möglich war. Eine Exstirpation konnte nicht in Frage kommen. Die Operation musste dahin zielen, die Cyste in die Bauchwand einzunähen, zu eröffnen und zu drainiren; aber ein Vorgehen in der sonst üblichen Art von vorn her und eben so ein solches von der seitlichen Thoraxwand oder von der Lumbalgegend aus wäre unausführbar gewesen. Da nun eine Eröffnung der Cyste in der Tiefe der Bauchhöhle mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer infektiösen Beschaffenheit des Cysteninhaltes ausgeschlossen war, so kam der Vortr. auf den Gedanken, um das Leben des Knaben zu erhalten, durch den Magen hindurch in die Cyste einzudringen. Bei festem Anpressen der Bauchwandungen an die Magenwölbung wurde die Vorderwand des Magens mit einem 5 cm langen Längsschnitt eröffnet, dann mit einem kleineren, nur für einen Finger durchgängigen Schnitt die hintere Magenwand und die mit derselben untrennbar verwachsene Cystenhülle. Nach Entleerung des Cysteninhaltes konnte mit dem eingeführten Finger die zur Annähung an die Bauchwand sich am meisten eignende Stelle aufgefunden und äußerlich durch eine Fadenschlinge gekennzeichnet werden. Dieselbe lag aber links hinter den Rippen, rückwärts von der Arteria und Vena gastro-epiploica, und ließ sich auch trotz der Entleerung der Cyste noch nicht an die Bauchwand heranziehen; es wurde daher erforderlich, linkerseits von den Rippenknorpeln mehrere Stücke zu reseciren und auf diese Weise der Bauchwandung zu einer trichterförmigen Einsenkung und Annäherung an die Cystenwand die gehörige Nachgiebigkeit zu verschaffen. Nach der Naht der beiden Magenwunden folgte dieser Theil der Operation von der bereits vorhandenen Bauchwunde aus, dann die Einnähung der Cyste in die Bauchwunde und endlich die Eröffnung und Drainage der Cystenhöhle an der eingenähten Stelle. 2 Monate nach der Operation war

der Knabe völlig geheilt; die Fistel hatte sich sehr schnell geschlossen.

Die Operation in ähnlichen Fällen hat hiernach die Aufgabe, die Pankreascyste vom Magen aus zu entleeren, ohne mit ihrem Inhalte die Bauchhöhle zu gefährden, und dann von der Innenhöhle der Cyste aus diejenige Stelle zu bestimmen, welche nach der Entleerung und Entspannung der Cyste am meisten der Bauchwand genähert und mit ihr zur Anlegung der Drainage, ev. nach Vorausschickung einer Mobilisirung der Bauchwand, vereinigt werden kann.

(Selbstbericht).

---

49) **Friedrich** (Leipzig). Zur chirurgischen Pathologie von Netz und Mesenterium: Folgen von Netzalterationen für Leber und Magen (Geschwürsbildung). — Intermittirender Darmverschluss bedingt durch Gumma mesenterii.

Im Allgemeinen werden Netzresektionen, auch großen Umfanges, meist ohne krankhafte Folgeerscheinungen überstanden. Mehrfache klinische Beobachtungen veranlassten jedoch F., die Folgewirkungen ausgedehnter oder partieller Netzabtragungen an verschiedenen Thierspecies einer experimentellen Prüfung zu unterziehen. Von dem Eintritte schwerer Erscheinungen, einfache oder multiple hämorrhagische oder anämische Nekrosen in der Leber, ein- oder mehrfache Geschwürsbildung im Magen, bis zu ganz negativem Versuchsausfalle schwanken die Ergebnisse bei den verschiedenen Thierspecies. Unter Zugrundelegung und Demonstration der von ihm erhobenen grobanatomischen und mikroskopischen Befunde an den krankhaft veränderten Organen werden die Voraussetzungen für das Zustandekommen der Veränderungen gegen einander abgewogen und aus den bei den verschiedenen Thierarten hervortretenden Unterschieden zu begründen versucht. Insbesondere wird wegen ihrer allgemein physiologischen Bedeutung und mit Rücksicht auf die bisherigen diesbezüglichen Forschungsergebnisse die Versuchsthatsache eingehender gewürdigt, dass bei mehreren Thierspecies zahlreiche Nekrosen in der Leber ausschließlich durch Kapillarembolien im Pfortadergebiete bei erhaltener arterieller Cirkulation zu Stande kommen. Nur die Gefäßligirung als solche ist (bei zuverlässigem Ausschlusse jeglicher Infektionsmöglichkeit) für die Einleitung der Störungen durch Thrombenbildung in den Netzgefäßen verantwortlich zu machen.

Betreffs der Einzelheiten, namentlich der mikroskopischen Befunde, muss auf die Originaldarstellung verwiesen werden. Die Parallelen zur menschlichen Pathologie, auch mit Bezug auf stumpfe Netztraumen, werden abgewogen.

Im 2. Theile seiner Ausführungen bespricht F. die klinischen Erscheinungen eines während eines halben Jahres immer in Zwischenräumen von 3—5 Wochen einsetzenden intermittirenden Darmver-

schlusses bei einem 48jährigen Kranken. Ein unter dem linken Rippenbogen gut palpabler, mobiler Tumor, welcher weder Magen noch Dickdarm angehören konnte und als Tumor des Dünndarmes (malign neoplastischer oder chronisch entzündlicher Natur) aufgefasst wurde, veranlasste F. zur Darmresektion. Das durch die Resektion gewonnene Präparat zeigt einen eigroßen Tumor an der Anheftungsstelle des mittleren Jejunum mit mehrfacher sekundärer Knickung des Darmes und pathologischen Klappenbildungen an der Schleimhaut desselben. Das demonstrirte Präparat zeigt augenfällig die das Mesenterium zu Faltung und Schrumpfung führende Wirkung der Tumorbildung. Die mikroskopische Untersuchung (Gefäßveränderungen, Granulations- und mehrfache Narbenbildung, Mangel der Nachweisbarkeit bakterieller Elemente) des Tumors lässt keinen Zweifel darüber, dass es sich um ein Gumma handelt.

Die große Seltenheit dieses Befundes hat F. zur eingehenderen Wiedergabe und Demonstration desselben veranlasst. (Dem Hauptberichte des Kongresses sind Abbildungen der makro- und mikroskopischen Befunde beigegeben.) (Selbstbericht.)

---

50) H. Braun (Göttingen). Über entzündliche Geschwülste des Netzes.

B. möchte die allgemeine Aufmerksamkeit auf diejenigen Entzündungen des Netzes lenken, welche zu förmlichen Geschwülsten desselben Veranlassung geben, da dieselben in der Litteratur bis jetzt nur wenig Beachtung gefunden haben. Abgesehen soll dabei also werden sowohl von denjenigen Entzündungen, welche zu einer diffusen Infiltration des Netzes führen, als auch von den in abgebundenen Netzstümpfen gleich nach einer Operation sich entwickelnden Abscessen.

Diese entzündlichen Netzgeschwülste, von denen B. selbst 5 Fälle beobachtet hat, entstehen meistens im Anschlusse an eine Laparotomie, besonders nach Radikaloperationen von Hernien, bei welchen Netzstücke abgebunden werden, seltener bei der Exstirpation von den Adnexen des Uterus, oder einer Ovarialcyste, ausnahmsweise aber auch ohne eine vorausgegangene Operation durch Übergang der Entzündung von einem intraabdominell gelegenen Organe auf das Netz. Die bei Abbindung des Netzes entstehenden Geschwülste bilden sich nicht nur, wie französische Autoren annehmen, nach Verwendung von Seide, sondern auch von Katgut. Auffallend ist bei den nach Operationen auftretenden Tumoren, dass sie gewöhnlich erst einige Zeit nach Ausführung derselben Erscheinungen machen, so dass die Operirten meist schon das Krankenhaus verlassen hatten. Die Geschwulst liegt gewöhnlich in Nabelhöhe auf der Seite des Bauches, auf welcher die Operation gemacht war; manchmal geht dieselbe unter den Rippenbogen hinauf. Die durch die Anschwellung hervorgerufenen Beschwerden bestehen meist in Schmerz, besonders beim Arbeiten und

bei direktem Druck auf die Geschwulst, ferner in Störungen der Verdauung, besonders in Obstipation, manchmal treten aber auch die Erscheinungen einer Darmstenose auf. Der Verlauf ist verschieden, in so fern entweder die ganze Geschwulst innerhalb weniger Wochen resorbirt werden kann, oder dieselbe zu Abscedirung führt, oder unverändert lange Zeit bestehen bleibt. Über Verwechslungen dieser nicht allgemein bekannten Tumoren mit malignen Neubildungen, mit Ovarialcysten und verschiedenen anderen Erkrankungen wird mehrfach berichtet. Die Behandlung wird je nach dem Verlaufe eine verschiedene sein. Vor Allem wird man der Entstehung dieser Epiploitis plastica vorbeugen müssen, indem man bei Operationen entzündlich verändertes Netz möglichst vollkommen entfernt und kleine Massen in die Ligaturen nimmt; gleichgültig ist dann, ob mit Seide oder Katgut unterbunden wird. Fordern keine besonderen Erscheinungen zu einem operativen Eingriffe auf, so wird die Resorption der Geschwulst begünstigt durch ruhige Lage des Kranken im Bette, durch heiße Prießnitz'sche Umschläge, durch warme Bäder und Einreibungen resorbirender Salben. Bei andauerndem Fieber, zunehmender Schwäche des Kranken wird die Laparotomie ausgeführt, wobei dann häufig Abscesse mit nekrotischen Massen und abgestoßenen Ligaturfäden gefunden werden. Wenn möglich, wird dann die ganze Geschwulst durch Resektion des Netzes entfernt, anderenfalls der Abscess nach außen drainirt. Wird kein Eiter gefunden, so kann durch Excision eines Theiles der entzündlichen Netzgeschwulst die Resorption derselben eingeleitet und befördert werden. Bei den durch diese Tumoren bedingten Darmstenosen wird man ebenfalls meist mit partiellen Netzexstirpationen auskommen und gewiss nur ganz ausnahmsweise eine Enteroanastomose oder die Resektion des in die Netzgeschwulst eingebetteten Colon transversum nothwendig haben. (Selbstbericht).

---

51) **Lexer** (Berlin). Über teratoide Geschwülste in der Bauchhöhle und deren Operation.

Die teratoiden Tumoren der Bauchhöhle sind seltene Befunde für den Chirurgen, sobald man die gleichartigen Geschwülste des Ovariums an dessen gewöhnlichem Sitze ausnimmt. Die Diagnose ist sehr vielen Schwierigkeiten unterworfen, da höchstens von der Lage der verschiedenartigen Tumoren verwerthbare Anhaltspunkte erwartet werden können.

Nach der Eintheilung in einfache und komplicirte Dermoidcysten, unzweifelhafte fötale Inklusionen, teratoide Mischtumoren, werden Herkunft und Sitz der einzelnen Geschwulstgruppen besprochen. Die einfachen Dermoidcysten, durch Abschnürung von der Bauchspalte stammend, sitzen im Netze und Mesenterium, oder retroperitoneal in der Lendengegend, von Ektodermresten des Wolff'schen Ganges ausgehend, oder sind schließlich in seltenen

Fällen vom retrorectalen Gewebe aus weit nach oben in die Bauchhöhle gewachsen. Die komplicirten Dermoidcysten stammen bei weiblichen Individuen fast immer vom Ovarium und sind durch Lostrennung vom Uterus in die freie Bauchhöhle gelangt. Ihre Herkunft ist, abgesehen von den Wilms'schen Merkmalen der Ovarialdermoide, durch das Fehlen eines Ovariums zu erkennen. Ähnliche bei Männern beschriebene Cysten müssen als fötale Implantationen betrachtet werden. In der Ileocoecalgegend kann ein verirrtes Ovarialdermoid unter entzündlichen Erscheinungen eine Blinddarmentzündung vortäuschen, wie ein Fall aus der v. Bergmann'schen Klinik zeigt. Ein sehr seltener Fall von einer intraperitoneal gelegenen, mannskopfgroßen Dermoidcyste bei einem 60jährigen Manne ist ebenfalls hier anzureihen, da der linke, im Bauchraume zurückgebliebene Hoden den Ausgang der komplicirt gebauten Cyste bildete.

Die unzweifelhaften Inklusionen, welche nach Ahlfeld auf den Einschluss einer verkümmerten Fruchtanlage, nach Marchand auf ein umwachsenes, befruchtetes Richtungskörperchen zurückzuführen sind, liegen am häufigsten zwischen den Blättern des Mesocolon transversum, in der Bursa epiploica, vereinzelt im Mesenterium und retroperitoneal links von der Wirbelsäule; ihr Sitz ist durch die Lageveränderungen im Bauchraume des Fötus bedingt. Eine glückliche Operation des vom Mesenterium umschlossenen Bauchparasiten ist von Maydl beschrieben.

Die teratoiden Mischgeschwülste sind solide und polycystisch. Eine Trennung in mono- und bigerminale Teratome ist unmöglich durchzuführen. In den bisher bekannten 8 Fällen hat man parasitäre Einschlüsse angenommen, da Organanlagen (Auge, Genitalien, Gehirn etc.) vorgefunden wurden. Die Lage dieser Geschwülste, welche zweimal bösartig degenerirt waren, stimmt zum Theil mit dem Sitze der echten Inklusionen überein. Operationen sind nur dreimal, und zwar mit tödlichem Ausgange ausgeführt worden. In v. Bergmann's Falle dagegen, über dessen diagnostische Schwierigkeiten und Operation ausführlich berichtet wird, ist vollkommene Heilung eingetreten. (Demonstration der 11jährigen Pat.). Die zum Theil cystische, zum Theil solide Geschwulst zeigt Abkömmlinge aller drei Keimblätter und ist wegen Nachbildung der Athmungswege als fötale Implantation aufzufassen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

M. Wilms (Leipzig): Da der Bau der komplicirten, teratoiden und embryoiden Geschwülste erst nach genauen, zeitraubenden mikroskopischen Studien festgestellt werden kann, so ist es von Bedeutung, in der Untersuchung dieser Tumoren mit Röntgenstrahlen ein Mittel zu besitzen, das auch dem Ungeübten einen Einblick in die interessanten Wachsthumsverhältnisse dieser Geschwülste gewährt. Zur Demonstration der speciell in soliden Ovarialteratomen vorkommenden Knochen- und Zahnbildungen dient das Röntgenbild

eines solchen Tumors (Demonstration), auf dem in den verschiedensten Regionen der Geschwulst Zähne, etwa 50 an der Zahl, zum Theil im Kiefer steckend, erkennbar sind. (Selbstbericht).

---

52) **Katzenstein** (Berlin). Experimentelle Untersuchungen über Kathetersterilisation.

So einfach die Reinigung metallner Katheter ist, eben so schwierig ist die Sterilisation der heute für jeden Chirurgen unentbehrlichen Seiden- und Baumwollgespinnst-Katheter und Bougies. Bis vor nicht langer Zeit haben wir auf der Abtheilung meines bisherigen Chefs, des Herrn Prof. Israel, diese Instrumente durch gründliches Abseifen, Durchspülen mit Seifenwasser und sterilem Wasser und Einlegen für 10 Minuten in eine 1‰ige Sublimatlösung zu sterilisiren versucht. Die im Auftrage meines Chefs im Verein mit Herrn Dr. Fiegel gemachten bakteriologischen Untersuchungen, diese Methode betreffend, haben recht ungünstige Resultate gezeitigt. Wir haben unsere gebrauchten Katheter bis zu einer Stunde in Sublimat gelegt und konnten selbst bei dieser langen Zeitdauer eine Sterilisation nicht erreichen; dass ein so langes Verweilen der Katheter in Sublimat den Instrumenten sehr schädlich ist, ist bekannt und durch die Versuche von Posner und Frank experimentell erwiesen. Diese Unsicherheit der Reinigung der Katheter gab uns Veranlassung zur Anschaffung des Küttner'schen Apparates, der dasselbe Princip hat, wie der seiner Zeit von Farkas angegebene, nämlich durch Hindurchtreiben strömender Wasserdämpfe durch das Innere der Katheter sie zu sterilisiren. Wir waren froh, in die Möglichkeit versetzt zu sein, nunmehr auch die Instrumente, die bisher als die einzigen in nicht aseptischem Zustande in den menschlichen Körper eingeführt worden waren, keimfrei anwenden zu können. Ein enormer Mehrverbrauch von Kathetern überzeugte uns aber bald davon, dass die Methode nicht ganz so unschädlich für die Katheter ist, wie angegeben; denn nach 2-, höchstens 3maliger Wiederholung der Sterilisation waren unsere Katheter — wir verwandten nur beste französische Seidengespinnst-Katheter — unbrauchbar geworden. Erst bei genauerer Durchsicht der Litteratur fand ich, dass Küttner selbst, der die Methode des öfteren so warm empfohlen hat, in einer Polemik gegen Alapy folgendermaßen schreibt: »Die Feuchtigkeit allein kann den sorgsam hergestellten, mit harzigen Lacken ganz durchtränkten und noch überzogenen Kathetern nicht viel anhaben; die Wärme und Feuchtigkeit zusammen aber ... verändern allmählich die Lackschichten derart, dass sie ihre frühere mit Elasticität verbundene Festigkeit mehr und mehr verlieren und endlich das Instrument »schlapp« erscheinen lassen; auch bekommt es schließlich Risse und Sprünge.« Besser könnte ich die Veränderungen, die unsre Katheter im Küttner'schen Apparat unter der Einwirkung der Wärme und Feuchtigkeit erfuhren, nicht schildern. Denn dass bei der Ver-

wendung des Wasserdampfes zur Sterilisation der Katheter Feuchtigkeit (Wasserniederschläge) fernzuhalten ist, ist wohl kaum anzunehmen. Die Einwicklung der Katheter mit Fließpapier, wie sie Alapy empfohlen, genügt natürlich auch nicht, sie vor Feuchtigkeit zu schützen, da die Wasserdämpfe auch durch das Innere der Katheter hindurchstreichen; selbst aber, wenn man das Innere der Katheter mit Fließpapier vollstopfte, würden die Katheter unter der feuchten Wärme leiden.

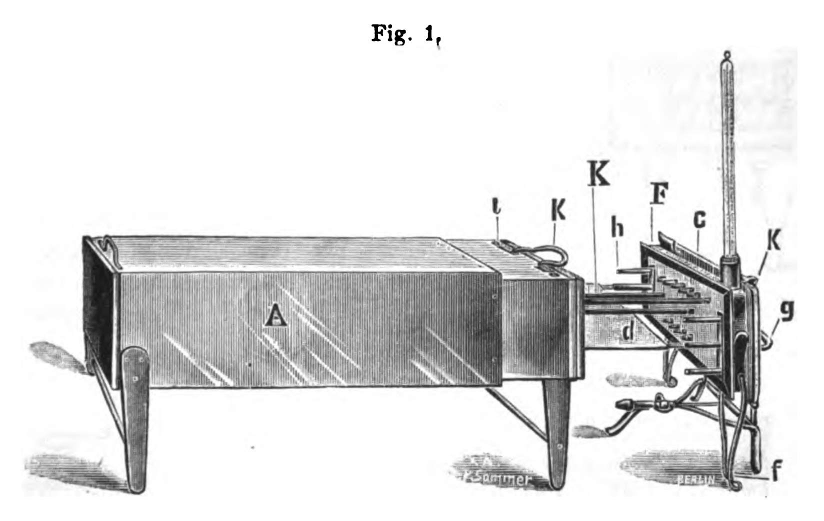
Da die Sublimatdesinfektion unzureichend, die Sterilisation der Katheter im Wasserdampf für uns undurchführbar war, versuchten wir es mit den besonders von französischer Seite, aber auch von Deutschen mehrfach empfohlenen Formaldehyddämpfen. Ich habe es unternommen, durch eigene bakteriologische Untersuchungen festzustellen, in wie weit wir im Stande sind, Katheter durch Formaldehyddämpfe keimfrei zu machen. Ich benutzte dazu eine von Denos angegebene Glastube, in die die zu sterilisirenden Katheter hineingebracht werden. Der zum Verschluss der Glastube nöthige Gummistopfen enthält in einer Vertiefung eine kleine Metallhülse zur Aufnahme des die Formaldehyddämpfe entwickelnden Mittels. Ehe ich Ihnen über die Ergebnisse meiner Untersuchungen berichte, möchte ich mir erlauben, Ihnen ganz kurz ihre Methodik mitzutheilen.

Während ich bei meinen Untersuchungen über die Sterilisation der Katheter durch Sublimat unsere gebrauchten Katheter benutzte, inficirte ich diese Instrumente bei den folgenden Versuchen. Zunächst versuchte ich die Abtödtung des fast in jedem Urin vorkommenden und so widerstandsfähigen Bacillus pyoceaneus, um dann später Vergleichsversuche mit Streptokokken, Staphylokokken und Bacterium coli commune anzustellen. Katheter mit weitem Lumen tauchte ich für 10 bis 15 Minuten in die Bouillon, Katheter mit engem Lumen und Ureterkatheter 24 Stunden, oder ich spritzte die Bouillon durch die Katheter hindurch, da ich die Erzielung der Keimfreiheit gerade der Innenfläche der Katheter für ganz besonders schwierig halte. Nach der Sterilisation brachte ich ein vom oberen Ende mit geglühter Scheere abgeschnittenes Stück des Katheters in Bouillon. Waren die Katheter nicht steril, so trübte sich gewöhnlich nach einem Tage schon die Bouillon, selten nach zwei Tagen; die endgiltige Entscheidung traf ich erst nach 14 Tagen. Die meisten Kulturen habe ich bis zu 6 Wochen aufgehoben, ohne dass jemals noch eine Veränderung eingetreten wäre. In der ersten Hälfte meiner Untersuchungen habe ich das Desinficiens durch Abspülen des Katheters in sterilem Wasser zu entfernen gesucht, habe aber diese Procedur unterlassen, da ich eine Änderung der Versuchsergebnisse nicht konstatiren konnte. Es war in den negativ ausfallenden Versuchen höchstens eine Abschwächung des Pyoceaneus durch das eventuell am Katheter niedergeschlagene Formalin zu konstatiren, so zwar, dass sich die Bouillon statt nach

24 Stunden erst am zweiten Tage trübte. Das, was ich als Endergebnis der Versuche mittheile, ist das Mittel der Resultate von mehreren unter gleichen Bedingungen angestellten Parallelversuchen.

In der ersten Reihe meiner Versuche prüfte ich die Einwirkung der Formaldehyddämpfe auf die Katheter bei 15° und kam im Großen und Ganzen zu denselben Ergebnissen, wie seiner Zeit Janet, der fand, dass zu einer sicheren Sterilisirung von Kathetern mit weitem Lumen eine Zeitdauer von ungefähr 24 Stunden nothwendig und eine Sterilisirung von Ureterkathetern überhaupt nicht möglich sei. Diese Ergebnisse konnten mich in keiner Weise befriedigen, da das mir vorschwebende Ziel eine Sterilisirung zum jeweiligen Gebrauch, d. h. also in 10—15 Minuten und die Sterilisirungsmöglichkeit der Ureterkatheter war.

Fig. 1.



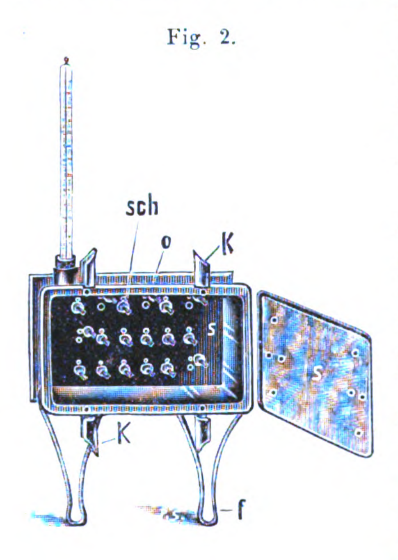
Ich glaubte es zu erreichen, wenn ich durch eine erhöhte Temperatur eine stärkere Entwicklung von Formaldehyddämpfen erzielte, und brachte die zu sterilisirenden Katheter mit dem Formaldehydentwickler in den Brutschrank bei einer Temperatur von 37°. In der That gelang es mir, eine sichere Keimfreiheit der Katheter mit weitem Lumen in 12 Stunden zu erreichen, eine Zeit, die natürlich meinem vorhin angegebenen Zweck durchaus nicht genügen konnte. Es lag offenbar daran, dass nur ein relativ geringer Theil der ziemlich stark entwickelten Formaldehyddämpfe durch den inneren Raum der Katheter durchstrich, ein so geringer Theil, dass ihre Summe erst nach 12 Stunden das ihnen von mir gesteckte Ziel erreichte.

Es lag daher nahe, die bei einer noch höheren Temperatur in noch größerer Menge entwickelten Dämpfe durch das Innere der Katheter hindurchzutreiben und auf diese Weise in sehr kurzer Zeit dieselbe Summe von Dämpfen auf die Innenfläche wirken zu lassen, wie in 12 Stunden bei 37° und 24 Stunden bei 15°, ja es musste

gelingen, was überhaupt noch nicht erreicht war, Ureterkatheter auf diese Weise zu sterilisiren und dadurch die wichtige Einführung von Kathetern in die Harnleiter weniger gefährlich zu machen.

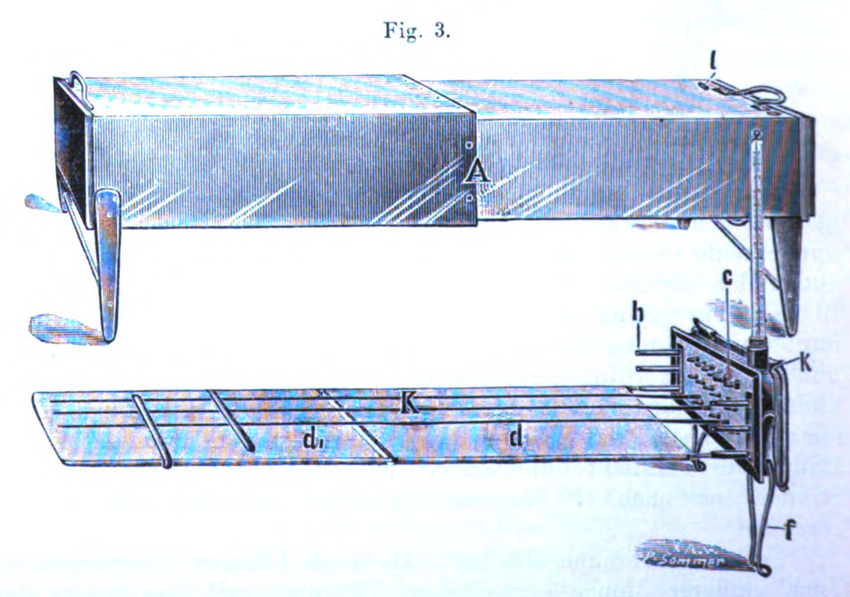
Dazu bedurfte es natürlich eines eigenen Instrumentariums, und ich habe mir von der Firma L. & H. Löwenstein einen Apparat machen lassen, mit dem ich die nun folgenden Versuche angestellt habe. Er besteht aus zwei Haupttheilen: aus dem Formaldehydentwickelraum *F* und dem Aufenthaltsort der Katheter *A*.

Fig. 2.



Des ersteren größere Seitenwand *s* ist mit einem Holzgriff *g* versehen und abnehmbar (siehe Fig. 2), die andere Fläche trägt 3 Reihen von je 6 Öffnungen, die durch einen kleinen Schieber *sch* verschlossen werden können und nach außen in einem mit Schraubengewinde versehenen Cylinder *c* endigen, auf den die Katheter aufgeschraubt werden können, die oberen beiden Reihen für verschiedene Dicken von Kathetern, die unterste nur für Ureterkatheter gedacht. Der Innenraum

Fig. 3.



dieses Kastens ist absolut luftdicht abschließbar, so dass die darin entwickelten Formaldehyddämpfe nur durch die jeweils mit Kathetern versehenen Cylinder und damit durch die Katheter selbst

hindurchstreichen können. An der dem anderen Theil des Apparates zugekehrten Fläche finden sich 3mal zwei Hülsen *h* zur Aufnahme der die Katheter stützenden Drahtgestelle *d*; ein abnehmbares Fußgestell *f* macht diesen Theil des Apparates zu einem selbstständigen. Der andere zur Aufnahme der Katheter ist ein viereckiger Kasten mit 4 Füßen, zur doppelten Länge ausziehbar. An der oberen und unteren Fläche befinden sich 3 runde Löcher *l* im Durchmesser von 2 cm, durch die die Formaldehyddämpfe, nachdem sie die Innen- und Außenfläche der Katheter passirt haben, nach außen abgeleitet werden. Die Verwendung des Apparates ist so einfach, dass ich mich ganz kurz fassen kann. Die zu sterilisirenden Katheter werden auf die entsprechenden Hülsen aufgeschraubt und der dem betreffenden Cylinder *c* entsprechende Schieber beiseite geschoben; in den Dampfentwickler bringt man ca. 3 g Trioxymethylen (soviel, dass der Boden *b* leicht bedeckt ist), die mit Asbest bekleidete Seitenwand *s* wird durch Klammer *k* fest angeschlossen. Nunmehr werden die auf dem Drahtgestelle *d* ruhenden Katheter in den Kasten *A* hineingeschraubt und der Kasten *F* mit dem Kasten *A* fest verbunden (Klammer *k*, Asbestdichtung) und ersterer erhitzt. Zur Erwärmung dienen 3 an einem Arm angebrachte kleine Gasflammen, von denen die beiden größeren nach Erreichung einer gewissen Temperatur abgestellt werden, d. i. für gewöhnliche Katheter 50°, für Ureterkatheter 60°. Diese Temperaturen sind nach 1 Minute erreicht, das Thermometer steigt dann noch im Verlauf der nächsten 2—3 Minuten auf 70 bezw. 80°, welche Temperaturen für 10 bezw. 20 Minuten durch die kleine Flamme ungefähr erhalten bleiben. Die Temperatur im Kasten für die Katheter ist im Durchschnitt 40° geringer als im Formaldehydentwicklungsraum; die Katheter haben daher unter der Temperatur nicht zu leiden. Um die Dämpfe anzuziehen und damit gewissermaßen eine vis a tergo für das Zustandekommen des Weiterströmens der Formaldehyddämpfe zu schaffen, bringe ich in die an diesen Löchern befindlichen Siebe Phenylhydrazin, das bekanntlich eine große Affinität zum Formaldehyd hat. Auf diese Weise werden die für die Athmungsorgane sehr lästigen Formaldehyddämpfe absorbirt. An dieser Stelle möchte ich noch bemerken, dass auch ein Strömen der Formaldehyddämpfe durch den Überdruck bewirkt wird, den ich durch Erhitzung des Formaldehydentwicklungsraumes erziele. Es ist demnach leicht einzusehen, wie wichtig es war,

Fig. 4.

gerade den Formaldehydentwicklungsraum möglichst klein zu machen im Verhältnis zum Cubikinhalt des zur Aufnahme der Katheter bestimmten Kastens.

Mit diesem Apparate stellte ich nun eine große Zahl von Versuchen an, deren Ergebnis ich nunmehr kurz mittheilen will. Ich hatte gefunden, dass man in 2½ Stunden bei 60° Katheter keimfrei machen kann, und ging bei der Benutzung meines Apparates von dieser Zeit aus nach abwärts. Ich konnte eine absolute Keimfreiheit der Katheter schon bei einer Sterilisationsdauer von 10 Minuten erreichen, wenn ich die bei einer Temperatur von 60° in vehementer Weise aus Trioxymethylen entwickelten Formaldehyddämpfe durch das Innere der Katheter hindurchtrieb. Bei Ureterkathetern, die ihrer Länge und der Enge ihrer Lumen wegen dem Hindurchtreten der Dämpfe ganz andere Widerstände entgegensetzen, wandte ich zuerst eine Temperatur von 120° für die Formaldehydentwicklung bei einer halbstündigen Desinfektionsdauer an. Auch hier konnte ich mit der Temperatur und mit der Zeitdauer wesentlich heruntergehen; denn es gelang mir, eine Keimfreiheit dieser Instrumente in 20 Minuten bei einer Temperatur im Formaldehydentwicklungsraum von 80° zu erreichen. Die Resultate wurden bei 15 Minuten unsicher, in so fern, als ein oder der andere Katheter nicht steril war.

Noch ein Wort über den Formaldehydentwickler; 40%ige Formalinlösung dazu zu verwenden, geht nicht an, da eine so große Menge von Formaldehyddämpfen, wie wir sie benutzen, daraus nicht entwickelt werden kann; überdies lag uns ganz besonders daran, jede Flüssigkeit zu vermeiden, und ich möchte hier noch bemerken, dass es sehr zweckmäßig ist, die Katheter nach dem Gebrauch nicht nur mechanisch zu reinigen, sondern auch durch Chlorcalcium zu trocknen und in trockenem Zustande aufzubewahren. Vor der Verwendung der sog. Formalinpastille (Schering) muss ich ebenfalls warnen; denn selbst Pastillen, die ich mir aus reinem Trioxymethylen anfertigen ließ, gaben nicht genügend Formaldehyddämpfe her wie das Pulver; bei den mit Pastillen angestellten Versuchen wurde der vierte Theil der Katheter nicht steril. Ich kann daher nur reines Trioxymethylenpulver (Merk-Darmstadt) zur Verwendung empfehlen; Trioxymethylen ist ja nichts anderes als polymerisirtes Formaldehyd.

Bemerken möchte ich, dass bei dieser Methode im Gegensatz zu anderen die Katheter garnicht angegriffen werden; ich habe Katheter im Apparat bis zu 48 Stunden bei einer Temperatur von ca. 80° im Formaldehydentwicklungsraum gelassen, ohne nachher auch nur die geringste Spur einer Veränderung nachweisen zu können; das liegt daran, dass die Temperatur im Katheterkasten eine wesentlich geringere ist als im Formaldehydentwicklungsraum. Die kurze Einwirkung der Formaldehyddämpfe hat außerdem noch den Vortheil, dass sich nur wenig oder gar kein Formalin auf dem Katheter niederschlägt, und so eine Reizung der Schleimhaut nicht zu befürchten steht, wie sie bei der gewöhnlichen Formalindesinfek-

tion durch Formalindämpfe beobachtet worden war. Der Vorsicht halber rathe ich jedoch, vor dem jedesmaligen Gebrauch den Katheter kräftig abzureiben, so dass etwaige Spuren von niedergeschlagenem Formalin mechanisch entfernt werden. Bemerkenswerth ist noch, dass die Voraussetzung einer guten Desinfektion eine glatte Innenfläche des Katheters ist, und dass die Katheter nach jedesmaliger Anwendung beim Pat. mechanisch durch Durchspülen von Wasser gereinigt werden, beides aus einem Grunde: Formaldehyddesinfektion ist eine Oberflächendesinfektion und dringt nicht durch Schleim- oder Blutcoagula hindurch.

Es dürfte Sie dieser nach dem gleichen Principe konstruirte kleine Taschenapparat interessiren, in dem man 10 Minuten lang die zur Desinfektion des Katheters nöthige Temperatur von 60° durch einen Termophor erhalten kann. Mit diesem Apparat ist man daher im Stande, seinen Katheter auf dem Wege von einem Kranken zum andern zu sterilisiren.

Meine Herren! Wenn es mir auch gelungen ist, Ureterkatheter keimfrei zu machen, so würde der Katheterismus der Ureteren noch lange nicht aseptisch sein, wenn wir dabei so vorgingen, wie bisher. Sie wissen, dass dabei nur ein ganz kleiner Theil des aseptisch gemachten Katheters im Cystoskop liegt, während bei weitem der größere Theil außen befindlich, die Genitalien des Pat. und den Kopf des Operateurs berühren und an seinem oberen Ende von einem Assistenten gehalten werden muss. Um einerseits von einem Assistenten unabhängig zu sein, andrerseits die unvermeidliche Infektion des Katheters hintanzuhalten, habe ich mir verschiedene Vorrichtungen machen lassen, die jedoch das leichte Gleiten des Katheters behindern. Zuletzt kam ich darauf, eine im Verhältnis zum Ureterkatheter weite Röhre spiralig aufdrehen zu lassen, die, wie Sie sehen (Fig. 4), leicht am Cystoskop angebracht werden kann. Durch Befestigung dieses Katheterschützers verliert das Cystoskop, wenn man es dreht, durchaus nicht das Gleichgewicht, wie man annehmen sollte. Der Katheterschützer stellt nämlich genau einen Kreis dar, dessen Durchmesser senkrecht auf der Achse des Cystoskopes steht, damit wird ein Umkippen des Cystoskops zweckmäßig vermieden. Der Katheterschützer behindert daher weder die Führung des Cystoskopes, noch stört er das leichte Gleiten des Katheters in irgend einer Weise. Somit ist der Katheterismus der Harnleiter aseptisch ausführbar, gefahrloser als bisher, wenn auch in manchen Fällen eine Infektion von der Blase an nicht vermieden werden kann.

Wenn ich das Ergebnis meiner sämmtlichen Untersuchungen noch einmal zusammenfasse, so wäre etwa folgendes zu sagen:

1) Die Desinfektion der Katheter mit Sublimat ist unzureichend.

2) Die Verwendung des Küttner'schen und der vielen anderen nach dem Farkas'schen Princip konstruirten Apparate ist wegen des enormen Mehrverbrauchs an Kathetern undurchführbar.

3) Die Desinfektion der Katheter mit Formaldehyddämpfen, wie sie bisher geübt, ist zu langwierig und für Katheter mit engem Lumen unzureichend.

4) Der von mir konstruirte Apparat ermöglicht es, durch eine vehemente Entwicklung von Formaldehyddämpfen aus Trioxymethylen (polymerisirtes Formaldehyd) bei einer Temperatur von 60° bezw. 80° und Durchtreiben dieser Dämpfe durch das Innere (Überdruck im Formaldehydentwicklungsraum, Ansaugen der Dämpfe durch Phenylhydrazin) gewöhnliche Katheter in 10 Minuten, Ureterkatheter in 20 Minuten, mithin also zum jeweiligen Gebrauch keimfrei zu machen, wobei die Katheter weniger als bei irgend einem anderen Verfahren geschädigt werden (Dampfentwicklungsraum getrennt vom Katheterraum, in letzterem Temperatur von 30—40°) und Niederschläge von Formaldehyd auf den Kathetern infolge der Dauer des Verfahrens so gut wie vollkommen vermieden werden.

Weiterhin ist es mir gelungen, durch die zum ersten Male erreichte Desinfektion der Ureterkatheter einerseits und die Konstruktion eines den Ureterkatheter vollkommen aufnehmenden, am Cystoskop zu befestigenden Katheterschützers andererseits den Katheterismus der Harnleiter so aseptisch wie nur möglich zu gestalten. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Löwenhardt (Breslau). Chemische Desinficientien kann man den Pat. für ihre Katheter nicht in die Hand geben. Dagegen sollen sie die vorher mit Seife abgewaschenen Katheter in einem gewöhnlichen Kochtopfe gründlich auskochen. Den komplicirten Apparat von Katzenstein hält L. für entbehrlich.

Freudenberg (Berlin) sterilisirt die Katheter mit den anderen Verbandstoffen zusammen im Dampftopfe. Zu beachten ist dabei nur, dass die Katheter sich nicht berühren, was durch Einwickeln in ein Handtuch leicht erreicht wird, und dass sie nach der Sterilisation sofort aus dem Apparate herausgenommen werden, damit das Wasser verdunstet. Die grünen, seidenen Katheter vertragen diese Behandlung allerdings nicht, wohl aber die anderen Sorten elastischer Katheter. Für den Gebrauch der Pat. hält auch F. das Auskochen der Katheter für das beste Verfahren.

R. v. Hippel (Dresden).

Katzenstein (Berlin). Herrn Freudenberg kann Redner nur noch einmal seine mit heißem Wasserdampf gemachten Erfahrungen entgegenhalten; überdies glaubt er nicht, dass Ureterkatheter nach dieser Methode steril gemacht werden können. Zu den Ausführungen des Herrn Löwenhardt bemerkt er, dass er Prostatikern nur dann den Katheter zum Selbstkatheterismus über-

giebt, wenn die Passage in der Urethra so frei ist, dass ein Nélatonkatheter leicht in die Blase gelangt, und ein solcher ist am besten durch Auskochen zu desinficiren. Redners Taschenapparat ist für Ärzte gedacht.

Der Vorschlag, Katheter in einem Blechkarton mit Formaldehyddämpfen zu sterilisiren, ist nicht neu — sein Ziel war aber, die Sterilisation zum jeweiligen Gebrauch, d. h. also in kurzer Zeit zu erreichen, und das geht, wie Redner ausgeführt hat, auf diese Weise nicht. (Selbstbericht.)

---

53) **H. Wossidlo** (Berlin). Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertophie unter Kontrolle des Auges.

Das Instrument, welches W. demonstrirt und das er nach Analogie des Operationscystoskopes »Incisionscystoskop« genannt hat, soll es ermöglichen, die galvanokaustische Incision der hypertrophischen Prostata nach Bottini unter Kontrolle des Auges auszuführen. Das erste Modell dieses Instrumentes hat er bereits vor 2 Monaten in der Berliner medicinischen Gesellschaft demonstrirt. Seitdem ist es durch einige technische Veränderungen wesentlich verbessert worden.

Das Incisionscystokop besteht aus einem Cystoskope, neben welchem der Bottini'sche Incisor liegt. In einem weiblichen, katheterförmig gebogenen Theile mit kurzem Schnabel läuft in einer nach oben offenen Rinne das Platinum-Iridiummesser mit seinem den Strom leitenden Stabe. Dasselbe wird mittels einer Schraube vorwärts und rückwärts bewegt, so dass es aus dem Schnabel heraustritt und in demselben wieder verschwindet. Die Schraube selbst bewegt sich auf einer Skala, auf welcher man die Länge des zu machenden Schnittes nach Centimetern ablesen kann. An der Schraube befindet sich ein Zapfen zum Anschrauben des einen Poles des stromleitenden Kabels, so wie zwei Ansätze für die Schläuche der Wasserkühlung. An dem vorderen Ende des weiblichen Theiles (entgegengesetzt dem Schnabel) ist ein fester Handgriff angebracht, der einen Zapfen für den anderen Pol des stromleitenden Kabels, so wie einen Stromunterbrecher trägt. In einer zweiten, neben dem Incisor verlaufenden Rinne liegt das herausnehmbare Cystoskop, welches in der gewöhnlichen Weise mit seiner Lichtquelle verbunden wird.

Stellt man sich die zu incidirende Stelle des Prostatawulstes mit dem Cystoskope ein und bewegt dann die Schraube des Incisors nach sich zu, so sieht man, sobald die Schraube auf No. 0 der Skala steht, das Messer im Gesichtsfelde erscheinen und kann sehen, wie es gegen den Prostatawulst anliegt. Stellt man nun den Kontakt mit dem Bottini-Accumulator her, so beobachtet man, wie das Messer glühend wird und wie es dann bei Weiterbewegung der Schraube in den Prostatawulst eindringt, wobei man es noch ein

Stück weit verfolgen kann. Bei absolut ruhiger Haltung des Instrumentes wird nun der Schnitt ausgeführt, schließlich das Messer aus demselben wieder herausgebracht, der Strom für dasselbe unterbrochen und das Messer in seine Nische zurückgeschraubt. Die gemachte Incision kann man nun mit dem Cystoskope deutlich sehen. Die weiteren Schnitte werden in gleicher Weise vorgenommen.

Sollte es nach dem ersten Schnitte bluten, so dass man nicht mehr deutlich sehen kann, so wird das Cystoskop schnell herausgezogen und an seine Stelle nach Art des Güterbock'schen Cystoskopes ein Metallkatheter in die Rinne eingeführt, mittels dessen man die Blase wieder reinspülen kann, ohne das ganze Instrument entfernen zu müssen. Das Cystoskop wird gleichzeitig von einem Assistenten gereinigt. Falls man, sei es wegen zu starker Blutung oder aus einem anderen Grunde, auf die Ausführung des zweiten oder dritten Schnittes unter cystoskopischer Kontrolle verzichten will, so ermöglicht der feste Handgriff das feste Anhaken der Prostata nach Analogie des Bottini'schen Incisors.

Das Incisionscystoskop kann ganz aus einander genommen und mit Ausnahme des Cystoskopes durch Auskochen sterilisirt werden, während die Sterilisation des Cystoskopes mittels des Nitze'schen Sterilisators ausgeführt werden kann. Um jedoch stets ein steriles Instrument zur Hand zu haben, haben Dr. Kollmann in Leipzig und Redner besondere Desinfektionshülsen für Cystoskope angegeben. Diese Metallhülse hat an ihrem einen Ende einen kleinen abschraubbaren und mit einer siebförmig durchlöcherten Metallplatte verschlossenen Behälter zur Aufnahme von Formalintabletten. Das andere Ende ist durch eine Gummiplatte verschlossen, die sich um das Incisionscystoskop dicht anschließt, so dass das letztere, nachdem es vorher gründlich gereinigt worden ist, in der Desinfektionshülse dauernd Formalindämpfen ausgesetzt ist.

Angefertigt ist das Instrument von Herrn C. G. Heynemann in Leipzig.

Redner hat bis jetzt 2mal die Bottini'sche Operation mit dem Instrumente ausgeführt, und zwar mit gutem Erfolge. Es gelang nicht nur, die Thätigkeit des Messers während der Operation selbst zu kontrolliren, sondern auch einigen anwesenden Kollegen zu demonstriren. (Selbstbericht.)

---

54) **A. Freudenberg** (Berlin). Zur Statistik und Technik der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie, mit Demonstration eines gemeinsam mit Dr. Bierhoff konstruirten cystoskopischen Prostataincisors.

F. hat die Bottini'sche Operation 77 mal bei 61 Pat. ausgeführt und sein früheres günstiges Urtheil über dieselbe bestätigt gefunden, wenn die Operation auch nicht ganz ungefährlich ist. Eine seine eigenen Fälle und die Gesammtlitteratur der Operation umfassende

Statistik ergiebt: $4^1/_4$ bis $5^1/_2$% Mortalität, $6^1/_2$% Misserfolge, 88% Erfolge (davon etwa $^2/_3$ »Heilungen«, $^1/_3$ »Besserungen«).

Zur Technik empfiehlt F. das Operiren bei mit filtrirter Luft gefüllter Blase; die Anwendung von nahezu oder selbst voller Weißgluth; genaue Kontrolle der Lage der Schnabelspitze mittels des Zeigefingers per rectum, darauf Abmessung der Prostatalänge von der Schnabelspitze bis zum Übergange in die Pars membranacea beim Herausziehen des Fingers, von welcher Länge man dann für den Schnitt nach hinten etwa $^4/_5$, für seitliche Schnitte und den — sehr selten nothwendigen — Schnitt nach vorn etwa $^1/_2$ bis 1 cm weniger nimmt; endlich zur Nachbehandlung Verweilkatheter bei a) starker eitriger Cystitis, b) stärkeren Blutungen, c) schwierigem oder häufig nothwendigem Katheterismus.

Er plaidirt dafür, sich nicht mit Misserfolgen oder halben Erfolgen zu begnügen, sondern eventuell die Operation zu wiederholen. Ursache der Misserfolge oder halben Erfolge ist so gut wie stets nicht genügende Beseitigung des Miktionshindernisses durch zu seichte oder nicht zweckmäßig liegende oder nicht genügend lange Schnitte. Namentlich das letztere ist nicht zu unterschätzen, und F. hat desswegen seinen modificirten Incisor (vgl. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 29) so umändern lassen, dass derselbe Schnitte bis zu $6^1/_2$ cm Länge gestattet. Selbstverständlich genügen aber für die große Mehrzahl der Fälle Schnitte von $2^1/_2$ bis $3^1/_2$ cm Länge, und sind größere, wegen Verletzung der Pars membranacea etc. sogar gefährlich. F. selbst hat bisher höchstens Schnitte bis zu $4^1/_2$ oder 5 cm Länge nöthig gehabt.

Recidive sind jedenfalls sehr selten, und um so weniger zu erwarten, je vollständiger der Erfolg war. F. demonstrirt diesbezüglich 2 Pat., bei denen der volle Erfolg jetzt 3 resp. $2^1/_2$ Jahre konstant geblieben, nachdem die Pat. vorher $3^1/_2$ resp. 5 Jahre absolut komplete Urinretention gehabt, der eine auch ohne jeden Erfolg kastrirt worden war. Beide haben den Katheter nie wieder nöthig gehabt, absolut klaren Urin bekommen, 21 resp. 22 Pfund an Gewicht zugenommen. — F. demonstrirt ferner 2 Präparate von 38 Tage resp. 13 Monate nach erfolgreicher Bottini'scher Operation an interkurrenten Krankheiten gestorbenen Pat.

F. zeigt endlich einen von ihm gemeinsam mit Dr. Bierhoff konstruirten cystoskopischen Prostataincisor (Fabrikant Louis und H. Löwenstein-Berlin), der in vielen Fällen die Operation unter Leitung des Auges zu machen gestatten wird. (Das Instrument ist inzwischen in einem Falle mit sehr gutem Erfolge von mir angewendet worden. A. Freudenberg.)

Die Bottini'sche Operation sollte jedenfalls in allen Fällen, für die überhaupt eine Operation in Frage kommt, an erster Stelle in Betracht kommen. Freilich muss man eine ganze Reihe von Einzelheiten genau beachten, um Erfolge zu haben. Dem entsprechend

werden auch die Resultate mit der zunehmenden Erfahrung immer besser. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Frisch (Wien) betont die Unzuverlässigkeit der Bottinischen Operation. Unter 25 Fällen (?) hat er 2 Recidive gesehen. Die cystoskopischen Incisoren hält er für ziemlich werthlos, da man doch nicht sehen kann, was man macht.

Jaffé (Posen) hat 2mal Blutungen beobachtet und weist auf die Infektionsgefahr zur Zeit der Schorfabstoßung hin. Die Operation hält er für indicirt, wenn alle üblichen Behandlungsmethoden erschöpft sind. Die Erfolge sind nur in $^1/_5$—$^1/_4$ der Fälle leidliche zu nennen.

Troje (Braunschweig) hat 4mal mit Erfolg nach Bottini operirt.

Kümmell (Hamburg) bemerkt, dass der Erfolg der Bottinischen Operation wesentlich vom Zustande der Blase abhängt. Seine letzten 10 Fälle waren von gutem Erfolge begleitet. Technisch befürwortet K. tiefe Incisionen und Operation mit Weißgluth.

Zuckerkandl (Wien) sieht den Grund der Misserfolge in dem ungenügenden jetzigen Instrumentarium, das auch bei sachgemäßer Operation leicht die Schnitte zu oberflächlich ausführen lässt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

55) **Schultheis** (Bad Wildungen). Über Blasenstein.

S. demonstrirt einen ungewöhnlich großen, 500 g schweren Blasenstein, den er im Januar d. J. einem 39jährigen Gutsbesitzer aus der Hildesheimer Gegend durch hohen Steinschnitt entfernt hat.

Der Stein besteht aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk. Längsdurchmesser 13, Querdurchmesser 7 cm, Längsumfang 32, Querumfang 20 cm. Der Kern des Steines ist eine Feldbohne, die der Pat. sich in seinem 19. Lebensjahre in die Harnröhre eingesteckt hatte, und die dann weiter in die Blase gelangt war; daraus ergiebt sich für den Stein ein Alter von 20 Jahren.

Die vor der Operation aufgenommenen Röntgenbilder geben ein außerordentlich klares Bild von der Lage, Form und Größe des Steines.

Die Operation wurde mit querem Bauchdeckenschnitt, völliger Durchtrennung der Recti und breiter querer Eröffnung der Blase ausgeführt. Der Stein lag unbeweglich in der Blase, nur eine geringe Drehung um seine Längsachse war möglich; unten war er fixirt vom Beckenboden und der Symphyse, oben von einer Ausbuchtung der Blase. Da er sich im Ganzen nicht extrahiren ließ, wurde er mittels breitem Knochenmeißels parallel zur Querachse gesprengt, und nun gelang die Extraktion beider Hälften.

Die Blase wurde vernäht, Bauchdeckenwunde blieb offen. Pat. konnte Ende März entlassen werden und befindet sich wohl.

(Selbstbericht.)



56) **Enderlen** (Marburg). Experimentelle Blasenplastik.

Vortr. schaltete bei Hunden eine Dünndarmschlinge aus, eröffnete sie an der dem Mesenterium gegenüberliegenden Seite und transplantirte den »Darmlappen« in einen Blasendefekt. Die Präparate von 4—110tägiger Versuchsdauer beweisen, dass alle Schichten des Darmes erhalten bleiben. Nachtheilig ist, dass die Fäden leicht nach dem Lumen der Blase durchschneiden und sich inkrustiren.

In einer anderen Versuchsreihe wurde zwischen dem Blasenstumpfe und der ausgeschalteten Schlinge eine Anastomose hergestellt, und zwar entweder eine seitliche oder End zu End, nach entsprechender Vernähung der Darmlumina. Die letztgenannte Methode ist vielleicht zur Behandlung der Blasenektopie geeignet, wenn aus der zur Verfügung stehenden Blasenwand nach Anfrischung der Ränder ein Hohlraum geschaffen wurde.

Die Kontinenz wird natürlich nicht beeinflusst; die Gefahr der Cystitis und Niereninfektion besteht wie bei den anderen Operationsmethoden der Blasenektopie. (Selbstbericht.)

---

57) **Anschütz** (Breslau). Fall von geheilter Blasenektopie.

A. stellt einen Fall vor, bei welchem Herr v. Mikulicz den Defekt der Blasenwand mittels eines Darmwandlappens ersetzt hat.

Die erste Operation wurde im Juni 1898, die letzte Februar 1899 ausgeführt. Zuerst wurde eine 12 cm lange Ileumschlinge ausgeschaltet und das eine nicht verschlossene Ende in die Bauchwunde eingenäht. 4 Wochen lang wurde nun gewartet, ob sich die ausgeschaltete Schlinge verändern würde. Dies war nicht der Fall, und ein Theil der Peripherie der Blase und der des Darmes konnten vernäht werden. Nun hatte man eine große Darmblase. Die Epispadie wurde dadurch beseitigt, dass man auf der Unterseite des Penis einen tiefen Schnitt anlegte und nun mit Leichtigkeit die Corpora cavernosa penis und die Urethra auf dem Damme an einander nähen konnte. Die letzte Operation bestand darin, dass die Darmblase gänzlich vernäht und in das Abdomen versenkt wurde. Der Schluss der Bauchdecken erfolgte nach der Schlange'schen Methode. Vielfache Fistelbildungen komplicirten den weiteren Verlauf. Jetzt ist der Pat. vollkommen geheilt; es fasst die Blase 100 ccm, wenn man mit einer Spritze die Flüssigkeit einbringt. Pat. ist natürlich inkontinent und trägt seit 3 Monaten eine Penisquetsche, ohne Beschwerden zu haben. Der Urin ist klar, sauer, enthält Darmschleim, wird alle 1—2 Stunden nach Abnehmen der Quetsche in einer Menge von etwa 50 ccm im Strahle entleert.

Diese Operationsmethode soll nur bei solchen Fällen in Frage kommen, wo bei älteren Pat. (Pat. war 18 Jahre alt) wirkliche Blasendefekte vorhanden sind, und man sich zu einer der radikalen Methoden, welche die Blase zum Theil exstirpiren, nicht entschließen kann. Wenn irgend möglich, sollte immer die direkte Vereinigung der Blasenränder vorgenommen werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Trendelenburg (Leipzig) glaubt nicht, dass diese Art der Blasenplastik mit Darm in solch komplicirter Weise häufig nöthig ist, da der Blasenrest sich stets dehnt. In seinen früher veröffentlichten, vor vielen Jahren operirten Fällen hat er völlige Kontinenz auf 2 Stunden, wenn auch nicht absolute, erzielt. Seine Pat. tragen kein Urinal, sondern einen einfachen Verschlussapparat. T. ist gegenwärtig mit Versuchen beschäftigt, wie das sekundäre Auseinanderweichen der Beckenschaufeln nach den mit Spaltung der Synchondrose nach seiner Methode Operirten zu vermeiden sein wird.

v. **Mikulicz** (Breslau) zweifelt an dem Vortheil der Spaltung der Synchondrose bezüglich der Kontinenz. Bei rudimentärer Blase, bei Neigung zur Pyelitis erscheint ihm gerade mit Rücksicht auf die antiseptische Wirkung des Dünndarmsaftes die Darmplastik Vorzüge zu bieten.

F. **Krumm** (Karlsruhe).

---

58) **Krönlein** (Zürich). Demonstration eines seltenen (teratoiden) Nierentumors.

Durch Exstirpation der rechten, in einen kindskopfgroßen Tumor verwandelten Niere bei einer 37jährigen Frau gelangte K. in den Besitz des seltenen Päparates, welches demonstrirt und durch Abbildungen mikroskopischer Schnitte erläutert wird. Es handelt sich um ein teratoides Kystom der Niere mit cholestearinhaltigen Massen als Cysteninhalt und einem dicken und zum Theil knochenharten Balg als Cystenwand. Letztere besteht aus dickem, periostähnlichem, Bindegewebe, aus Knochen und Knochenmark. Dagegen konnten Gehirn, Nervenelemente, Muskelfasern etc. trotz zahlreicher Untersuchungen in dem Tumor nicht nachgewiesen werden. — Pat. ist geheilt. — Jedenfalls gehört der Tumor der Niere selbst an und ist in dieser entstanden. — Die Beobachtung wird anderorts mit Abbildungen ausführlichst mitgetheilt werden.

(Selbstbericht.)

---

59) **Kümmell** (Hamburg). Die Feststellung der Funktionsfähigkeit der Niere vor operativen Eingriffen.

Nachdem K. Eingangs auf die Bedeutung des Ureterenkatheterismus, welcher als das wichtigste Hilfsmittel für die Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen den Glanzpunkt der so erfolgreich geübten Cystoskopie bildet, eingehend hingewiesen hat, kommt er auf die Schwierigkeiten zu sprechen, welche sich in einzelnen Fällen einem Katheterismus der Harnleiter entgegen stellen können. Diese Vorkommnisse werden natürlich um so seltener sein, je mehr Übung der Untersuchende erlangt hat; doch können beispielsweise Schrumpfblasen, wie sie bei der Tuberkulose der Harnorgane öfter beobachtet werden, eigenthümliche Lagerung der Ureterenmündungen, trüber

Inhalt u. A. ausnahmsweise und in gewiss seltenen Fällen den Katheterismus unmöglich machen. Andererseits entleeren wir aus der einen Niere eitrigen trüben Urin, und auch der aus der anderen ist nicht vollkommen klar. Die schwer kranke tuberkulöse Niere z. B. soll exstirpirt werden; dürfen wir es wagen, wird das eine nicht ganz intakte Organ die Funktion des anderen, sicher kranken, übernehmen können, oder nicht? Hier blieb uns bisher der Ureterenkatheterismus die Antwort schuldig. Um nun diese Lücke in der Diagnose der Nierenkrankheiten auszufüllen, hat man einen neuen Weg eingeschlagen und die physikalische Methode zu Hilfe genommen. Die Physiologie und auch die innere Medicin haben sich bekanntlich in letzter Zeit eingehend mit der Frage der Niereninsufficienz und dem osmotischen Drucke der Flüssigkeiten unseres Organismus beschäftigt. Jedoch auch die Chirurgie, die Nierenchirurgie, welche wohl am meisten praktischen Nutzen daraus zu ziehen berufen ist, sollte diese Anregung nicht ungenutzt vorübergehen lassen und alle Momente berücksichtigen, welche die Sufficienz der Nierenleistung vor chirurgischen Eingriffen feststellen helfen.

Es sind verschiedene Momente, deren Feststellung uns einen Fingerzeig für die Leistungsfähigkeit oder Insufficienz der Nieren geben:

1) Die Bestimmung des im Urin ausgeschiedenen Harnstoffes;

2) die Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes;

3) die Bestimmung des Gefrierpunktes des Urins;

4) die Bestimmung des Gefrierpunktes des jeder einzelnen Niere durch den Ureterenkatheterismus entnommenen Urins.

Es sind das Methoden, welche in relativ einfacher Weise bei einiger Übung von Jedem rasch ausgeführt werden können, ohne besondere chemische Kenntnisse zu verlangen. Bestimmungen des ausgeschiedenen NaCl und anderer Stoffe, welche eine umständliche Laboratoriumsarbeit verlangen und von uns als praktische Methode nicht in Anwendung gebracht werden können, dabei auch keine besseren Resultate liefern, sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Die Feststellung der bei normaler Nahrungszufuhr innerhalb 24 Stunden im Urin ausgeschiedenen Harnstoffmenge ist wohl die naheliegendste und einfachste, wenn auch nicht die sicherste Methode. Immerhin giebt sie uns einen Fingerzeig und einen vorläufigen Anhaltspunkt über die event. Insufficienz oder Leistungsfähigkeit der Nieren und hat auch schon oft Anwendung gefunden. Wenn man annimmt, dass normal arbeitende Nieren eine bestimmte Harnstoffmenge ausscheiden müssen, so liegt es nahe, aus dem Unvermögen, diese Stoffwechselprodukte in genügender Menge aus dem Körper auszuscheiden, einen Rückschluss auf eine mangelhafte Arbeitsfähigkeit der Nieren zu ziehen. Leider ist nun die unter normalen Ver-

hältnissen ausgeschiedene Harnstoffmenge eine ungemein schwankende, und Tagesmengen von 20 bis 35 g gelten im Allgemeinen als Durchschnittszahlen. Man nimmt nun an, dass ein Heruntergehen der innerhalb 24 Stunden ausgeschiedenen Harnstoffmenge unter etwa die Hälfte der durchschnittlichen, auf ca. 16 g, auf eine Insufficienz der Nieren schließen lasse, welche einen schweren operativen Eingriff, die Entfernung der einen Niere nicht ausführbar erscheinen lässt. Redner hat in einer großen Anzahl von Fällen die Harnstoffbestimmung vor jeder Nierenoperation in Anwendung gezogen und ist in keinem Falle getäuscht worden. Die Resultate stimmten im Großen und Ganzen mit der zuverlässigeren und genaueren Methode der Gefrierpunktsbestimmungen überein. In allen Fällen, in welchen eine Entfernung der Niere vorgenommen wurde, betrug, wie aus den vorgelegten Tabellen hervorgeht, die tägliche Harnstoffausscheidung mehr als 16 g, und erwies sich die zurückbleibende Niere jedes Mal als vollkommen funktionsfähig. Natürlich wird die Bestimmung der einmaligen Tagesmenge des ausgeschiedenen Harnstoffes nicht zu verwerthen sein, sondern die in einer Reihe auf einander folgender Tage gewonnenen annähernd gleichen Zahlen werden einen einigermaßen sicheren Schluss auf die Sufficienz der Nieren gestatten.

Wesentlich genauere Resultate giebt die Bestimmung des Gefrierpunktes, d. i. der molekulären Koncentration von Blut und Urin. Bekanntlich finden zwischen 2 chemisch gleichen Lösungen von verschiedener Koncentration Wechselbeziehungen statt, indem sich bei Berührung der Flüssigkeiten die Koncentrationsunterschiede durch Strömung der gelösten Moleküle nach der Seite der schwächeren Koncentration hin auszugleichen streben. Sind die Lösungen durch eine Scheidewand getrennt, die nur das Lösungsmittel, aber nicht die gelösten Stoffe hindurch lässt, so strömt das Lösungsmittel von der Seite der stärkeren Koncentration zu der der schwächeren, bis der Unterschied ausgeglichen ist. Dieser Vorgang heißt bekanntlich Osmose, die Anziehungskraft derartiger Lösungen der osmotische Druck. Von den Flüssigkeiten des menschlichen Körpers sind Blut und Harn, als Lösungen gedacht, den Gesetzen der Osmose unterworfen, der osmotische Druck ist proportional der Menge der in einer Flüssigkeit gelösten Moleküle. Die Menge der gelösten Moleküle wird gemessen durch die Erniedrigung des Gefrierpunktes. Enthält nämlich eine wässrige Lösung wenig gelöste Moleküle, so ist ihr Gefrierpunkt nur wenig tiefer als der des Wassers. Je größer die Zahl der gelösten Moleküle, desto tiefer der Gefrierpunkt. Diese den Physikern zur Bestimmung des Molekulargewichtes schon längst bekannte Methode hat A. v. Korányi in eingehender Weise studirt und zahlreiche Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn gesunder und kranker Menschen ausgeführt. Auch Dreser, Lindemann, Richter und Roth, Senator u. A. haben diesbezügliche Versuche angestellt.

Als feststehend ist zu betrachten, dass der Gefrierpunkt, also die molekulare Koncentration des menschlichen Blutes unter physiologischen Bedingungen eine konstante Größe darstellt, und zwar beträgt derselbe — 0,56° C. unter dem Gefrierpunkte des destillirten Wassers. Schwankungen von — 0,55 bis 0,57 scheinen innerhalb der Fehlergrenzen der Versuche zu liegen. Findet die Elimination der Gesammtheit der Stoffwechselprodukte in der erwünschten Weise durch die normal arbeitenden Nieren statt, so ist der konstante normale Blutgefrierpunkt als Zeichen der sufficienten Nieren vorhanden. Sobald die Nierenfunktion im Verhältnisse zum Stoffwechsel unzureichend wird, vermehren die aufgespeicherten Zersetzungsstoffe die molekuläre Koncentration, und dem entsprechend wird die Gefrierpunktserniedrigung mehr als —0,56° C. betragen. Diese Anschauungen Korányi's werden durch eine lange Reihe klinischer Untersuchungen bestätigt. Hauptsächlich bei Nephritiden, aber auch bei Nierentumoren, Pyo- und Hydronephrosen erweist sich die Erhöhung der molekularen Koncentration, die Erniedrigung des Gefrierpunktes, als Zeichen der Niereninsufficienz. Auch beim Thierexperimente trat nach Unterbindung der Ureteren eine ausgesprochene Senkung des Gefrierpunktes ein. Praktisch wichtiger für den Chirurgen ist die Frage nach dem Verhalten des Blutgefrierpunktes, wenn nur eine Niere entfernt wird. Hier blieb die Gefrierpunktserniedrigung aus, ein Beweis für die ja längst bekannte Thatsache der rasch eintretenden kompensatorischen Leistung der zurückgebliebenen Niere, wenn dieselbe gesund ist. Redner führt 6 Fälle an, in denen die Exstirpation der einen Niere bei normalem Blutgefrierpunkte ausgeführt wurde. Derselbe blieb auch nach der Operation —0,56° C.

Was die Technik der Blutgefrierpunktsbestimmung anlangt, so wurde zu den Versuchen der Beckmann'sche Apparat benutzt. Das zur Untersuchung nöthige Blut — ca. 20 ccm — wurde mittels Hohlnadel aus einer Armvene entnommen und direkt nach Defibrinirung zum Gefrieren gebracht.

Naturgemäß einfacher ist die Gefrierpunktsbestimmung des Urins. Leider ist diese Methode nicht im Einzelnen so zuverlässig, da die physiologischen Schwankungen sehr große sind. Im Allgemeinen schwankt der Gefrierpunkt normaler Harne bei mittleren Urinmengen zwischen —1° bis —2° C. Beträgt die Gefrierpunktserniedrigung weniger als —1° C., so deutet dies auf Nierenerkrankungen hin. So rückt bei Schrumpfnieren z. B., wie K. an Tabellen nachwies, der Uringefrierpunkt bedeutend herab, bis er den Blutgefrierpunkt erreicht, ja sogar übertrifft, bis 0,65.

Eine wesentlich größere Bedeutung hat die Uringefrierpunktsbestimmung bei getrennt aus beiden Nieren vermittels des Ureterenkatheterismus aufgefangenem Urin. Hierauf hat zuerst Casper und später Albarran aufmerksam gemacht; diese Methode hat zweifellos große Vorzüge; sie gestattet,

durch Informirung über Farbe, Albumen, Harnstoff, Koncentration jedes einzelnen Nierensekretes sichere Schlüsse über die jeweilige Arbeitsleistung der gesunden und der kranken Niere zu ziehen.

Kurz zusammengefasst ergiebt sich auf Grund der Untersuchungen:

Eine ungenügende Harnstoffausscheidung, ein Heruntergehen der Tagesmenge unter 16 g legt die Annahme einer Niereninsufficienz nahe und lässt die operative Entfernung bedenklich erscheinen.

Bei normal funktionirenden Nieren beträgt die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes — 0,56° C. **Eine** Niere mit normaler Arbeitsleistung reicht zur Erhaltung des Gefrierpunktes auf 0,56° C. aus. Eine Senkung des Gefrierpunktes auf 0,58° bis 0,61° C. und darunter zeigt an, dass beide Nieren mangelhaft funktioniren. Von einem operativen Eingriffe ist so lange Abstand zu nehmen, bis der Gefrierpunkt von annähernd 0,56° C. erreicht ist.

Die Gefrierpunktserniedrigung des Urins von weniger als —0,9° C. lässt auf Niereninsufficienz schließen, jedoch giebt den sichersten Aufschluss die vergleichende Untersuchung des durch den Ureterenkatheterismus entleerten getrennten Nierenurins. Hierdurch wird der exakte Nachweis geliefert, einerseits welches die kranke Niere ist, andererseits ob die nach einer event. Entfernung des einen Organs zurückbleibende wirklich im Stande ist, allein die Arbeit zu übernehmen.

Redner schließt mit der Aufforderung, den Werth der neuen Methode an einem möglichst reichhaltigen und großen Materiale zu prüfen. (Selbstbericht.)

60) **Barth** (Danzig). Zur Frage der diagnostischen Nierenspaltung.

Vortr. hat vor 7 Jahren die Präparate einer Niere demonstrirt, welche im Anschlusse an eine probatorische Spaltung einen über walnussgroßen Ausfall von Nierengewebe in Folge von Nekrose durch Gefäßverletzung aufwies, eine Schädigung, die für manche Menschen nicht ganz gleichgiltig sein dürfte und besonders bedauerlich ist, wenn dadurch nicht ein Heilerfolg, sondern lediglich ein diagnostischer und noch dazu ein negativer erkauft wird. Nun musste er mit der diagnostischen Nierenspaltung eine weitere Erfahrung machen, die zur Vorsicht mahnt.

Bei einem 43jährigen fettleibigen Herrn, welcher seit 5 Jahren mit Hämaturie vergesellschaftete Nierenkoliken gehabt hatte, wurde wegen dringenden Verdachtes auf Stein die rechte Niere freigelegt und gespalten. Es fand sich aber weder in der Niere noch im Ureter ein Stein, sondern es handelte sich, wie die mikroskopische

Untersuchung eines excidirten Rindenstückes ergab, um eine hochgradige interstitielle Nephritis. Die Niere wurde genäht und reponirt, und es ging zunächst Alles gut, bis der Pat. am 20. Tage unter hohem Fieber die Erscheinungen einer schweren Lungenembolie bekam. Bei einer Revision der Wunde fand sich der untere Pol der Niere gangränös, so dass die Niere, um das bedrohte Leben zu retten, exstirpirt werden musste. Pat. ist von der Operation genesen, die andere Niere war aber ebenfalls krank und meldete sich später mit ähnlichen Beschwerden wie die operirte rechte Niere. Vortr. führt die folgenschwere Gangrän des unteren Poles der gespaltenen Niere auf eine unbeabsichtigte Gefäßverletzung zurück, möglicherweise in Folge von Gefäßanomalien im Sinne Zondeck's, welcher fand, dass der untere Pol bisweilen von einem besonderen Arterienaste versorgt wird.

Dass die diagnostische Nierenspaltung ein ungefährlicher Eingriff jedenfalls nicht ist, geht auch aus der Litteratur hervor. Sprengel musste eine solche Niere 8 Tage nach der Operation (Extraktion eines kleinen Steines) wegen gefahrdrohender Blutung exstirpiren, und Braatz fand die Niere 7 Monate resp. $4^1/_2$ Jahre nach der Spaltung sehr erheblich geschrumpft. Auch die Fälle von Greiffenhagen zeigten 5 resp. 7 Monate nach der Nephrotomie ausgedehnte interstitielle Entzündungsherde, und nur in dem Falle von Israel, welcher wegen chronischer Ureteritis zur Nephrektomie kam, wurde die 2 Monate zuvor gespaltene Niere makroskopisch als normal befunden.

Vortr. ist der Ansicht, dass die Indikation zur diagnostischen Nierenspaltung eingeschränkt werden kann. Findet man bei Nephralgien, auch solchen, die mit Blutung einhergehen, nach Freilegung und Aushülsung der Niere ein äußerlich normales Organ, in welchem ein Stein nicht durchzufühlen ist, so handelt es sich nach unserer heutigen Kenntnis in der Regel um eine chronische interstitielle Nephritis, und die bloße Aushülsung des Organs genügt zur Beseitigung der subjektiven Beschwerden, wie Beobachtungen aus der Litteratur und 1 Fall des Vortr. beweisen. Dass in solchen Fällen die Spaltung der Niere eine Heilung der Nephritis herbeiführen könnte, ist bisher nicht erwiesen und nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen auch schwer denkbar. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Israel (Berlin) tritt gegenüber den Ausführungen Barths für die diagnostische Nierenspaltung ein. Gangrän des Gewebes entsteht nicht durch den Sektionsschnitt an sich, sondern durch zu starke Schnürung der Parenchymäste. Auch eine vermehrte Gewebsschrumpfung wird durch sie bedingt. Der Nachweis eines Steines in der freigelegten Niere durch Palpation bietet oft große Schwierigkeiten.

Braun (Göttingen) hat nach einer diagnostischen Nierenspaltung zur Aufsuchung eines vermutheten Steines mit nachfolgender Nierennaht 9—10 Tage lange Blutungen auftreten sehen, die zur Exstirpation der Niere führten und die er auf einen Nachlass der Nähte oder auf eine nicht völlige Asepsis zurückführen zu müssen glaubt. Bei Carcinom der einen und Eiweiß in der anderen Niere hat er die Exstirpation vorgenommen und trotz anfänglicher bedenklicher Erscheinungen Heilung erzielt. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

61) **I. Israel.** Über Operation der Nieren- und Uretersteine.

Nach einem historischen Rückblicke auf die Entwicklung der Nierensteinchirurgie von der hippokratischen Zeit bis jetzt kommt I. zu dem Schlusse, dass die Schwierigkeit der Diagnose von jeher das wesentlichste Hindernis für das Aufkommen der Nierensteinoperationen gewesen ist. Diese diagnostische Unsicherheit besteht noch heute; kann man den Stein nicht fühlen oder radiographisch darstellen, ist jede Steindiagnose nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Durch die auf Grund diagnostischer Unsicherheit nicht selten vorkommenden Operationen ohne den erwarteten Steinbefund solle man sich nicht abschrecken lassen, da man gewöhnlich statt der Steine andere Krankheitsprocesse gefunden hat, welche ohne operative Autopsie weder zu erkennen noch zu heilen waren. Für die Klarstellung der Operationsindikationen sind 3 Kategorien zu unterscheiden:

1) Fälle mit unabweisbarer Nothwendigkeit der Operation,

2) Fälle, in denen keine unmittelbare Gefahr zur Operation zwingt, aber die Operation dringend anzurathen ist, weil von ihrer Unterlassung eine sichere Schädigung der Gesundheit für die Zukunft zu erwarten ist.

3) Fälle, die man nicht operiren soll.

Zur Kategorie 1 gehört vor Allem die kalkulöse Anurie, bei der man nicht früh genug operiren kann, weil man sonst bei der sich schnell entwickelnden Epitheldegeneration zu spät kommt. Die Überlegenheit operativen Eingreifens gegenüber der Exspektative ergiebt sich aus einer Heilungsziffer von 66,6% der Operirten gegen 28,5% der nicht Operirten.

Die zweite unabweisbare Operationsindikation ist die akute pyelonephritische Infektion der Steinniere mit Fieber, unregelmäßigen Frösten, Erbrechen etc., welche das Leben durch allgemeine Sepsis bedroht.

Die dritte zwingende Operationsanzeige wird durch alle aseptischen oder infektiösen Retentionsprocesse gegeben, die sich auf Grund einer Abflussbehinderung durch den Stein entwickeln, weil ohne Entfernung des letzteren die Niere mit der Zeit sicher zu Grunde geht.

Selten zwingen erschöpfende Nierenblutungen bei der Steinkrankheit zur Operation; der häufigere Grund für eine solche ist ein diagnostischer, um sicher zu entscheiden, ob nicht etwa eine Geschwulst oder Tuberkulose der Blutung zu Grunde liegt.

Über die genannten Indikationen sind wohl Alle einig; schwierig ist erst unser Verhalten gegenüber der übergroßen Mehrzahl von Steinen ohne unmittelbare Gefahr für Leben oder Niere. Da die Mortalität der unkomplicirten Nephrolithotomie bei aseptischen Steinnieren (4—5%) hinter der Gefahr zurückbleibt, welche den Steinkranken aus der Exspektative erwachsen, würde es theoretisch rationell sein, alle Nierensteine zu operiren. Für die Pat. sind aber statistische Erwägungen nicht maßgebend, sondern erheblichere Beschwerden oder Besorgnis über Urinanomalien. Unter Berücksichtigung des praktisch Erreichbaren stellt I. folgende Operationsindikationen bei Nierensteinen trotz Fehlens unmittelbarer Gefahr auf.

1) Eitrige Trübung des Urins, auch bei unvergrößerter Niere und Abwesenheit von Beschwerden.

2) Häufige Kolikanfälle ohne Steinabgang.

3) Chronische Steinbeschwerden, die sich nicht in Schmerzparoxysmen äußern, sondern dauernd quälen und verstimmen. I. macht auf die vielen larvirten Formen dieser Beschwerden aufmerksam, welche sich häufig unter der Diagnose Rheumatismus, Lumboabdominalneuralgie, Ischias, Magengeschwür, nervöse Dyspepsie etc. verbergen.

4) Durch Palpation oder Radiographie nachweisbare Uretersteine, weil sie stets zur Hydro- oder Pyonephrose führen.

Die Berechtigung zur Operation dieser Kategorien liegt in der geringen Mortalität des Eingriffes; der andere Faktor, der mitzusprechen hätte, die Recidivhäufigkeit, lässt sich bis jetzt statistisch nicht feststellen. Bei sauren Steinen sind sie selten. Die Wiederholung der Nephrolithotomie an derselben Niere ist nicht gefährlicher als die erste Operation.

Eine Kontraindikation gegen operatives Eingreifen sieht I. in den Fällen, wo mit häufigen Koliken jedes Mal kleine runde, nicht facettirte Steine abgehen. Da hier stets die Neubildung mit der Ausstoßung wechselt, würde die Operation nie einen retinirten Stein treffen, daher nutzlos sein.

In Beziehung auf die Operationsmethoden hält I. die Nephrolithotomie der Pyelolithotomie überlegen, da sie eine größere Sicherheit für die vollständige Entfernung aller in den Kelchen gelegenen Steine giebt. Die Acupunktur der freigelegten Niere zum Zwecke des Nachweises von Steinen ist unnütz, weil unsicher. Wesentlich für den Erfolg der Nephrolithotomie ist vollkommene Mobilisirung der Niere durch Aushülsung aus der Fettkapsel bis zum Stiel, Isolirung des Ureters von den Gefäßen, Erzeugung der Blutleere durch ausschließliche Umschlingung der Gefäße mittels eines Gummidrains. Die Incision soll 4—5 mm dorsalwärts von der größten Prominenz

des Konvexrandes parallel zum anatomischen Sektionsschnitt gemacht werden, weil diese Ebene gerade die Grenze der Berührungsflächen der beiden Gefäßbäume trifft, welche die ventrale und die dorsale Hälfte der Niere gesondert versorgen. Wenn man in $1^1/_2$ cm Tiefe den Stein nicht getroffen hat, soll man die Wundflächen durch flache Retraktoren aus einander ziehen und schichtweise vertiefen, bis man einen eröffneten Kelchspalt findet, durch den eine Hohlsonde in das Becken geführt werden kann.

Prima intentio und Blutstillung werden durch Anlegung tiefgreifender Katgutnähte gesichert. Vor Schluss der Operation muss jedes Mal der Ureter auf seine volle Durchgängigkeit sondirt werden. Die Vernähung der Nierenwunde ist nur bei aseptischen Nieren ohne größere Retention gestattet; sie ist fehlerhaft bei eitrigem oder ammoniakalischem Urin, stärkerer Retention, Abscessen im Parenchym oder fieberhafter Pyelonephritis. Dann ist freieste Drainage eben so wichtig wie die Steinextraktion. In Fällen letzterer Kategorie ist die Pyelolithotomie zu verwerfen. Sie ermöglicht keine freie Drainage, da der intraabdominelle Druck die Öffnungen verlegt, gleich viel ob sie in der Hinter- oder Vorderwand angelegt sind. Bei schwer inficirten Steinnieren empfiehlt sich eine völlige Aufklappung der beiden Nierenhälften nach völliger Spaltung und Vernähung ihrer Ränder mit den entsprechenden Bauchwandwundrändern. Die primäre Exstirpation bei primären Nierensteinen hat in den seltensten Fällen eine Berechtigung; sie kann nothwendig werden durch einen unglücklichen Zufall während der Operation, z. B. eine Stielgefäßzerreißung. Sekundäre Exstirpationen können indicirt werden durch die ausnahmsweise nach der Nephrolithotomie erfolgenden profusen Hämaturien, insbesondere bei Hämophilie. Wo diese Konstitutionsanomalie fehlt, sind gefahrdrohende Blutungen eine verschwindende Ausnahme, weil jeder stärkere Bluterguss in die Nierenhohlräume eine Spannung der Capsula fibrosa erzeugt, die durch ihren elastischen Gegendruck die Blutung zum Stehen bringt. Desshalb ist dringend vor einer Ablösung der Capsula fibrosa zu warnen. Ist sie abgelöst worden, muss sie wieder vereinigt werden, oder falls das nicht gelingt, die Niere überhaupt nicht genäht, sondern tamponirt werden.

Die Unterscheidung zwischen Nieren- und Uretersteinen ist nur möglich bei Steinen, die im Kleinen-Beckenabschnitte fühlbar sind oder sich radiographisch darstellen lassen. Sonst entscheidet erst die Freilegung der Niere, ob der Stein seinen Sitz in ihr oder dem Ureter hat. Findet man ihn in letzterem, geleitet durch seine pralle Füllung oder retrograde Sondirung, so verschiebt man ihn, wenn er zu mobilisiren ist, bis in das Nierenbecken und excidirt ihn dort durch Parenchymspaltung. Liegt er immobil, so muss er durch Ureterotomie entfernt werden. Wo es möglich ist, vernäht man die Ureterwunde, lässt aber die Niere zur Drainage offen. Ist die Naht wegen zu tiefer Lage des Steines un-

möglich, so führt man einen retrograden Verweilkatheter von der Niere in die Blase, dessen Ende aus der Harnröhre geleitet wird.

Ureterotomie ohne Freilegung der Niere ist nur möglich bei Fühlbarkeit des Steines, der dann entweder auf vaginalem Wege oder durch einen Schnitt parallel dem Lig. Pouparti extraperitoneal freigelegt wird. Die Umgehung einer gleichzeitigen Nephrotomie ist meistens nicht rathsam, weil man etwa vorhandene Nierensteine unberücksichtigt lässt, und die Heilung der Ureternaht ohne Nierendrainage unsicherer ist. Bei inficirtem Urin, Retention und fieberhafter Pyelonephritis verbietet sich ein solches Vorgehen.

Bei der kalkulösen Anurie muss der Gesichtspunkt leitend sein, dass mit der Nephrotomie der Indicatio vitalis genügt ist, während die Extraktion des Steines aus dem Ureter eine in zweiter Linie stehende Aufgabe ist, die je nach dem Zustande des Kranken in derselben oder einer späteren Sitzung ihre Erledigung finden kann. Die Parenchymincision schafft nicht nur einen freien Abfluss, ihre eben so wichtige Bedeutung liegt in der Aufhebung der eigentlichen Ursache der Anurie, nämlich des deletär gesteigerten intrarenalen Druckes, der, hervorgebracht durch die mit jeder Ureterocclusion verbundene venöse Stauung, durch Kompression der Kapillaren die Sekretion hemmt.

Aus dem Grunde ist eine Nahtvereinigung der Nierenwunde fehlerhaft. Eine Beschränkung der Operation auf die Excision eines fühlbaren Steines aus dem Ureter ist zu widerrathen, weil 1) die Operation schwieriger ist, daher eine längere Narkose erfordert als die einfache Nephrotomie, 2) nicht sicher ist, ob sich nicht der eigentlich occludirende Stein oberhalb des gefühlten befindet, 3) der Indikation einer sofortigen Spannungserniedrigung der Niere durch die Incision nicht genügt wird.

Schwierig ist oft die Erkennung der zuletzt occludirten Seite, gegen welche unser Eingriff sich zu richten hat. Die subjektiven Angaben sind oft unsicher, theils weil Anurien ohne voraufgehende Koliken vorkommen, theils wegen urämischer Benommenheit, theils wegen kontralateraler Schmerzempfindung. Auch die objektiven Zeichen sind nicht untrügerisch.

Die Schwellung der Niere ist oft wegen Meteorismus und Fettleibigkeit unfühlbar, eine nachweisbare Vergrößerung kann einer alten Hydronephrose entsprechen, die sich hinter einer alten Steinocclusion der anderen Seite entwickelt hat, und schon lange nicht mehr funktionsfähig ist. Ein fühlbarer oder durch Uretersondirung vermeintlich nachweisbarer Stein braucht nicht der Seite der letzten Occlusion zu entsprechen, sondern kann seit Jahren dort liegen und zur Verödung der entsprechenden Niere geführt haben. Einseitiger Druckschmerz fehlt oft; brauchbarer ist das Auftreten einer einseitig ausgesprochenen reflektorischen Spannung der Bauchdecken bei Palpation. Wegen dieser diagnostischen Unsicherheit hat die Operation stets mit der Freilegung der verdächtigen Niere, nicht

der eines fühlbaren Uretersteines zu beginnen, da nur dieser Plan sofortige Entdeckung eines Irrthums ermöglicht.

Ein solcher ist durch sofortiges Operiren der anderen Seite zu korrigiren, wenn die freigelegte Niere sich im Zustande alter irreparabler Funktionslosigkeit befindet. Ist sie aber nur temporär funktionslos durch reflektorische Sekretionshemmung ohne Occlusion, besteht noch kein Zeichen der Urämie, und verbietet sich eine Fortsetzung der Narkose, dann kann man sich zunächst mit der Incision dieser Niere begnügen, weil dadurch bisweilen die Sekretion in Gang kommt. Gleich viel ob das der Fall ist oder nicht, muss am nächsten Tage an der zuletzt verschlossenen Niere die Nephrolithotomie ausgeführt werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Czerny (Heidelberg) ist auf Grund seiner Erfahrung von der Pyelotomie und Abtastung des Nierenbeckens abgekommen. Er bevorzugt jetzt ebenfalls die Nephrotomie zur Freilegung desselben. Das Fehlen sekundärer Störungen an den Nieren hat auf die Rekonvalescenz nach der Operation einen günstigen Einfluss. Beim Vorhandensein sekundärer Veränderungen wird oft noch die Exstirpation nöthig werden. C. hat in 2 Fällen von Anurie in Folge Steineinklemmung im Ureter operirt — einmal von der erweiterten weiblichen Harnröhre aus.

Krönlein (Zürich) schreibt der Radioskopie bei Nieren und Ureterensteinen große Bedeutung zu. Die Schwierigkeit der Lokalisation des eingeklemmten Steines bei der Anurie hat K. einmal zur Laparotomie veranlasst, bei der sich dann eine Solitärniere feststellen ließ. Bei Ureterensteinen im untersten Abschnitt des Ureters befürwortet K. die Entfernung von der Blase aus.

Kolaczek (Breslau) theilt 2 Fälle von Anurie in Folge Steineinklemmung mit, welche zur Operation kamen, von denen einer mit Extra-uterin-Gravidität komplicirt war.

Zondek (Berlin) empfiehlt nochmals für die Nephrotomie den Schnitt $1/2$—$3/4$ cm dorsalwärts vom Konvexitäts- bezw. Sektionsschnitt, der sich, nach den von ihm hergestellten Arrosionspräparaten zu urtheilen, als der bezüglich der Gefäßvertheilung günstigste erwiesen hat. Die Auffindung des Nierenbeckens kann allerdings manchmal Schwierigkeiten verursachen.

Alsberg (Hamburg) hat nach Entfernung einer rechtsseitigen Steinniere komplete Anurie auftreten sehen, welche durch Nephrotomie behoben wurde. Im Anfangstheil des Ureters hatte sich ein Stein festgeklemmt.

Lauenstein (Hamburg) weist auf die technischen Verbesserungen der Radiographie hin, die auch bei kurzer Exposition brauchbare Resultate liefere. Auch Phosphatsteine wurden von ihm radiographisch nachgewiesen. Die primäre Exstirpation der Steinniere hält er gerechtfertigt bei mobiler Niere.

Kümmell (Hamburg) befürwortet bei nicht eitrigen Affektionen die Drainage mittels eines bis ins Nierenbecken eingelegten Ureterenkatheters. Die Radiographie hat ihm bei Oxalat- und Uratsteinen die besten Resultate gegeben. Die Korpulenz des Pat., so wie die Dicke der Nierenschicht sind von großem Einfluss auf die Radiographie.

Im Schlusswort wendet sich Israel gegen ein intraperitoneales operatives Vorgehen bei den Uretersteinen; bei der Radiographie hat er meist schlechte Bilder und Misserfolge erzielt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

62) **Reisinger** (Mainz). Über Nephrocystanastomose.

Ein 26jähriger im Übrigen gesunder Mann bot seit 7 Jahren die Erscheinungen einer intermittirenden, linksseitigen Hydronephrose mit heftigen, häufigen Schmerzanfällen, die nur durch Morphium bekämpft werden konnten. Genauere Diagnose war auch nach längerer Beobachtung im Krankenhause unmöglich. Bei dem operativen Eingriffe, welcher bezweckte, die linke Niere und den oberen Theil des Ureters bloß zu legen, ergab sich, dass die Niere nicht an normaler Stelle, sondern als über mannesfaustgroßer prall fluktuirender Tumor breitbasig und nicht verschieblich auf dem Promontorium und der oberen Kreuzbeinplatte lag. Da der untere Pol des Tumor etwa 3 cm von dem Vertex der mäßig gefüllten Blase entfernt war, wurde beschlossen, nach Heilung der großen Probeincision die relativ innige Nachbarschaft beider Hohlorgane zur Anlage einer direkten Anastomose zwischen der verlagerten Hydronephrose und Harnblase zu benutzen. Aus verschiedenen Gründen erschien es rathsam, zuvor eine gewöhnliche Hydronephrosenfistel anzulegen (5. Januar 1899) und am 19. Januar die Nephrocystanastomose anzuschließen. Letztere wurde analog der Enteroanastomose mit fortlaufender Seidennaht in 2 Etagen angelegt.

Pat. ist seitdem beschwerdefrei und völlig als Zimmermann erwerbsfähig. Die Entleerung der Hydronephrose in die Harnblase erfolgt allem Anscheine nach vollständig.

Es ist anzunehmen, dass sich dieses Verfahren auch auf bewegliche und auf enorme, bis ins kleine Becken herabreichende Hydronephrosen ausdehnen lässt; vorherige Anlage einer Hydronephrosen-Bauchdeckenfistel wird sich in manchen Fällen empfehlen.

(Selbstbericht.)

---

63) **Olshausen** (Berlin). Beitrag zur konservativen Chirurgie der Uterusmyome.

Wie man früher schlechte Erfahrungen gemacht hat mit der totalen Exstirpation der Schilddrüse, so später mit der Fortnahme beider Ovarien. Die bis vor wenigen Jahren gemachte Annahme, dass bei Fortnahme des Uterus es zwecklos sei, die Ovarien zurück-

zulassen, ist falsch. Kranke, welchen allein der Uterus exstirpirt wird, haben ungleich weniger von Ausfallserscheinungen zu leiden als solche, welchen Uterus und Ovarien oder letztere allein exstirpirt werden. Die Ausfallserscheinungen sind nicht abhängig von dem Ausfalle der Menstruation, sondern von dem Fortfalle der ovariellen Funktion. Hierauf hat man Rücksicht zu nehmen und soll desshalb nicht unnöthig die Ovarien vollständig entfernen.

O. hat desshalb seit längerer Zeit bei der Amputatio supravaginalis und der Totalexstirpation des Uterus wegen Myom ein Ovarium zurückgelassen. Die Technik der Operation ist dann etwas weitläufiger, aber die Kranken befinden sich besser.

In einem Falle von großem Cervixmyome (1250 g), welches die ganze Cervix von der Portio vaginalis bis zum Orificium intern. uteri einnahm, hat O. bei der 31jährigen Frau die ganze Cervix mit dem Myom aus dem Scheidengewölbe excidirt, das in das Lig. latum hineingewachsene Myom ausgeschält und dann das ganze unveränderte Corpus uteri von dem Myom getrennt. Das so erhaltene Corpus uteri wurde alsdann mit der Durchschnittsfläche, welche genau dem Orif. int. entsprach, auf das weit eröffnete Scheidengewölbe aufgenäht. So behielt die Pat. die gesammten inneren Genitalien nach Fortnahme der Cervix. Sie genas fieberlos. Nach 6 Wochen trat die erste Menstruation schmerzlos und in normaler Weise ein.

Bei Myomen, welche sich auf die Cervix uteri beschränken, sich aber ohne die Fortnahme der Cervix nicht entfernen lassen, dürfte diese konservative Operation sich in Zukunft empfehlen.

Von dem gleichen Gesichtspunkte der Erhaltung funktionsfähiger innerer Genitalien aus ist auch die Enukleation von Corpusmyomen, — eine Operation, welche die meisten Operateure kaum noch ausüben — jetzt wieder mehr zu empfehlen. Wie die anderen Myomoperationen, so hat auch die Enukleation durch die Verbesserung der Asepsis und Antisepsis an Sicherheit gegen früher sehr gewonnen. Es ist aber nöthig, das oft sehr unregelmäßige Bett des Tumors mittels resorbirbaren Nahtmateriales sehr exakt, in Etagen zu vernähen. Dann sind die Resultate gut. O. hat in den 3 Jahren 1897—1899 unter 207 abdominalen Myomoperationen, die zum allergrößten Theil Amputationes supravag. waren, 29 Enukleationen gemacht, d. i. 14% der Fälle. Eine der Operirten starb. O. will die Enukleationen nicht ausschließlich auf singuläre Geschwülste beschränken.

Betreffs der Frage nach der Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes überhaupt bei Myomen hat O. vor etwa 4 Jahren in Veit's Handbuch der Gynäkologie mitgetheilt, dass er von 200 Myomfällen, welche ihm der Reihe nach in der Privatpraxis vorkamen, 33 operativ angegriffen habe, d. h. 16,5%. In den folgenden 3 Jahren 1897 bis 1899 hat er unter 320 weiteren Fällen der Privatpraxis 53 operirt, gleich 16,6%.

Geht man mit der Indikation wesentlich weiter, so unterschätzt man die Gefahren der Operation, besonders diejenigen Gefahren, deren Beseitigung so gut wie gar nicht in unserer Hand liegt, wie die Gefahr der Lungenembolie und des Ileus. (Selbstbericht.)

---

64) **M. Wilms** (Leipzig). Entfernung eines großen Beckenenchondroms mit Resektion des vorderen Beckenringes.

Bei einer 45jährigen Frau hatte sich im Verlaufe von 3 Monaten ein großer Tumor von der Symphyse aus entwickelt, der in der Größe einer doppelten Faust die Region der beiden oberen und unteren Schambeinäste so wie den unteren Ast des Sitzbeines beiderseits einnahm, also fast bis an die Tubera ischii herabreichte. Trotz seiner starken Vorwölbung nach hinten in das kleine Becken und nach oben in die Bauchhöhle hinein waren die Nachbarorgane, speciell Urethra und Blase, intakt und nur verdrängt. Die äußere Haut war über der Geschwulst leicht verschieblich.

Bei der vor einem Jahre von Herrn Geh.-Rath Trendelenburg vorgenommenen Exstirpation wurde die Haut von dem Tumor abpräparirt und schürzenartig heruntergeklappt; dann ließ sich in Beckenhochlagerung Blase und Urethra leicht lostrennen. Nach Freilegen der Schenkelgefäße und Abtrennung der Adduktorenmuskulatur kam man seitlich vom Tumor an die Grenze der Geschwulst und konnte hier den oberen Schambeinast nahe am Acetabulum und den unteren Sitzbeinast etwas nach innen vom Tuber ischii beiderseits durchmeißeln und so den Tumor herausheben.

Nach reichlichen Unterbindungen wurde die Haut wieder heraufgeklappt, vernäht und an den tiefsten Stellen drainirt. Der Wundverlauf war ein reaktionsloser. In den ersten Tagen nach der Operation fanden sich eigenartige Störungen von Seiten des Centralnervensystems, deren wesentlichste Erscheinung Sprachstörungen waren. Pat. verwechselte Buchstaben und einzelne Worte, hatte also Zeichen von Paraphasie. Außerdem wiederholte sie einmal Gesprochenes öfter, selbst ohne Zusammenhang mit den an sie gerichteten Fragen. Ob diese Sprachstörung etwa durch die längere Narkose in Beckenhochlagerung bedingt war, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst zeigte ein reines Enchondrom.

Vier Wochen nach der Exstirpation konnte die Kranke aufstehen. Trotzdem der ganze vordere Beckenring fehlte, ist der Gang der Pat. (Demonstration der Pat., des Präparates und der Röntgenbilder, an denen die ausgedehnte Resektion des Beckens schön erkenntlich ist) auffallend wenig gestört. Über Schmerzen klagt die Kranke gar nicht. Zur Zeit, ein Jahr nach der Operation, geht

die Frau eine Stunde lang, ohne auszuruhen. Ein an einem Korsett befestigter Tragriemen stützt den Damm und die Gegend des Mons veneris. Blase und Mastdarm funktioniren normal.

(Selbstbericht.)

---

65) **Friedrich** (Leipzig). Exostosen.

F. führt 2 Knaben (Brüder) aus sonst ganz gesunder Familie vor mit multiplen kartilaginären Exostosen, welche eine frappante Symmetrie in dem Auftreten der gleichen Knochendefekte zeigen; bei beiden handelt es sich neben zahlreichen Exostosen an den unteren und oberen Extremitäten und an den Rippen um Defekte der Ulna, mit sekundären Subluxationsstellungen des Radius. Durch Röntgogramme werden die Befunde illustrirt. (Selbstbericht.)

---

66) **J. Zabludowski** (Berlin). Über Klavierspielerkrankheit in der chirurgischen Praxis.

Vortr. kommt zu folgenden, die Prophylaxis und Therapie der Klavierspielerkrankheit betreffenden Schlussfolgerungen:

1) Die Klavierspielerkrankheit wird in den meisten Fällen gleich der Geigen- oder der Schreiberkrankheit als koordinatorische Beschäftigungsneurose aufgefasst und somit gleich jenen als funktionelle Störung, deren Sitz in erster Linie im Hirn zu suchen ist, behandelt. Dank dieser Auffassung werden »überspielte Finger« vielfach mit Elektricität, mit Übungen mit oder ohne Massage behandelt. Das einschlägige klinische Material lehrt aber, dass bei den Klavierspielern es sich nur ganz ausnahmsweise um eine nervöse Erkrankung handelt. In der größten Zahl von Fällen hat man es mit einer Neuritis des einen oder des anderen Armnerven zu thun, als mit einer per continuitatem entstandenen Entzündung, ausgehend von beim Spielen traumatisirten Muskeln oder Gelenken. Außer den Neuritiden sind es Distorsionen, Tendovaginitiden, Myositiden, seltener Periostitiden, die Gegenstand chirurgischer Behandlung sind. Der Übergang eines akuten Stadiums in ein subakutes und chronisches ist manchmal die Folge einer gebrauchten Übungskur, bei welcher an den meistafficirten Gelenken auch meist geübt wurde.

2) Das Hauptkontingent der Klavierspielerkranken besteht aus Konservatoriumsschülerinnen von zartem oder kleinem Knochenbau im Allgemeinen oder mit schlaffen Gelenken und mit für die Beherrschung des Klaviers ungenügend großen Händen im Besonderen. Neuropathische Beanlagung als prädisponirende Ursache kommt bei den Klavierspielern selten zur Geltung, wie auch die rein funktionellen Formen der Erkrankung, als lokale Erscheinung der Neuropathie, selten vorkommen.

3) Das heut zu Tage gebrauchte Klavier, so nahezu vollkommen es für die gut entwickelte Hand des Erwachsenen ist, stellt vielfach

schwer zu überwindende Hindernisse Kindern und Adolescenten. Die Zahl der Unfälle, als »Überspielen der Finger«, hängt naturgemäß auch von den in dem einen oder dem anderen Konservatorium an die Schüler gestellten Aufgaben ab.

4) Es besteht ein nicht zu verkennendes Bedürfnis nach Klavieren, deren Klaviatur dem körperlich noch unentwickelten Schüler die Möggkeit bietet, weit auseinander liegende Töne bei einer geringeren Spannweite der Hände gleichzeitig zu greifen. Der nach dieser Richtung hin von Janko gemachte Versuch mit einer neuen Klaviatur hat keine allgemeinere Verwerthung gefunden wegen der durch dieselbe bedingten zu großen Abweichung von der üblichen Technik des Klavierspiels.

5) Es ist zweckmäßig, ein »Jugendklavier« zu konstruiren, dessen Klaviatur sich von der normalen nur durch die geringere Breite der einzelnen Tasten (um ca. 3 : 20) unterscheidet. Es tritt für die Klavierfabrikanten die Nothwendigkeit hervor, Klaviere von 2 verschiedenen Tastenbreiten zu führen.

6) Die Therapie der gewöhnlichen, von Trauma herrührenden Klavierkrankheit besteht in Ruhe und nicht reizenden Massagemanipulationen. Übungen sind nur im Stadium decrementi des Processes und nur in den verschont gebliebenen Nachbargelenken vorzunehmen. Bei den selteneren, den paralytischen und den Krampfformen, werden energische Massage-, Widerstands- und aktive Bewegungen angewandt.

(Selbstbericht.)

---

67) F. Wohlgemuth (Berlin). Zur Pathologie und Therapie der Frakturen des Tuberculum majus humeri.

W. macht darauf aufmerksam, dass in zahlreichen Fällen von Frakturen im oberen Abschnitte des Humerus, von Luxationen, oft sogar nach einfachen Kontusionen der Schulter dauernde Funktionsbehinderungen zurückbleiben, die in beschränkter Abduktion und Rotation, besonders nach außen, bestehen und nicht selten auf Callusmassen, Lähmungen der Nerven durch Druck, Zerrung etc. zurückgeführt werden, deren wirkliche Ursache aber in vielen Fällen eine entweder isolirte oder bei der Fraktur oder Luxation als Nebenverletzung aufgetretene und nicht diagnosticirte Abrissfraktur des Tuberculum majus ist. An 2 Röntgenbildern, die eine solche Verletzung aufwiesen, macht er dies klar und glaubt, dass ein Abreißen des Tuberculum majus viel häufiger vorkommt, als man anzunehmen geneigt ist. Obgleich bisher nur in sehr vereinzelten Fällen die Diagnose in vivo gemacht worden ist, nimmt W. an, dass sich die Fälle häufen werden, wenn man jeden Fall von Fraktur und Luxation der Schulter und auch die Fälle von scheinbar einfacher Kontusion, welche mit auffälligen Funktionsbehinderungen einhergehen, röntgographiren lässt und so die sonst übersehene Nebenverletzung entdeckt, bevor sie durch heterotopische Anheilung — das Tuberculum

wird nach oben und außen gezogen — irreparable Störungen hinterlässt. Die Therapie soll in einem festen Verbande bestehen, der den Oberarm abducirt und nach außen rotirt, am zweckmäßigten wohl in einem rechtwinkligen Middeldorpf'schen Triangel, dessen untere Seite nach oben durch eine Schiene verlängert ist, auf welcher der Vorderarm ruht. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Samter (Königsberg) hat in einem Falle von habitueller Schulterverrenkung dadurch Heilung erzielt, dass er die Gelenkkapsel an der Stelle des Einrisses faltete und breit über einander nähte.

R. v. Hippel (Dresden).

---

68) **v. Eiselsberg** (Königsberg i/Pr.). Ersatz des Zeigefingers durch die zweite Zehe.

v. E. hat bei einem 18jährigen Schlosser, welchem vor 4 Monaten der rechte Zeigefinger in seiner Grundphalanx abgeschnitten worden war, nach dem Vorgange von Nicoladoni, welcher vor 2 Jahren einen Daumen auf diese Weise mit Erfolg ersetzt hat, die zweite Zehe zum Ersatz des Zeigefingers verwendet. In Narkose wurde durch einen dorsalen trapezartigen Schnitt die Articulatio metatarsophalangea II eröffnet, das proximale Ende der Grundphalanx abgekniffen und die Beuge- und Strecksehne der Zehe etwas centralwärts davon durchgeschnitten. Hierauf wurde der Stumpf des Zeigefingers angefrischt (beide Sehnen und der Rest der Grundphalanx) und nun erst der centrale Stumpf des Zeigefingerbeugers mit dem peripheren des Zehenbeugers, dann die Grundphalanx des Zeigefingers mit der Grundphalanx der Zehe und endlich der centrale Stumpf des Zeigefingerstreckers mit dem peripheren Stumpf des Zehenstreckers vernäht. Durch einen Gipsverband wurde Hand und Fuß aneinander befestigt, so dass die verpflanzte Zehe zunächst von ihrem plantanen Stiele aus ernährt wurde. Diese verbindende Brücke wurde allmählich gekerbt, nach 12 Tagen wurde dieselbe ganz durchgetrennt.

Von der verpflanzten Zehe ist nichts abgestorben, und hat sich auch im Laufe der Zeit die Sensibilität bis auf einen gewissen Grad entwickelt. Die aktive Beweglichkeit in der verpflanzten Zehe fehlt noch, aber nach den Erfahrungen, welche mit der Nicoladoni'schen Sehnenverpflanzung bei essentieller Paralyse gewonnen wurden, ist eine Besserung zu erwarten, so dass zu hoffen ist, dass der Erfolg, welcher bisher rein kosmetisch ist, auch vielleicht im Laufe der Zeit ein funktioneller werden wird.

Das Röntgenbild ergiebt gar keinen Unterschied in Bezug auf den Schatten der Phalangen der verpflanzten Zehe und der anderen Finger.

Die Hoffnung, dass im Laufe der Zeit vielleicht doch noch eine Wiederherstellung der Funktion erfolgen würde, ist noch durch

eine weitere Beobachtung der Königsberger Klinik berechtigt, welche zeigt, dass oft noch spät Wiederherstellung der verlorenen Funktion sich einstellt.

Ein Tischler gerieth mit der linken Hand in einen rotirenden Spitzbohrer. Es entstand eine Querwunde am Handrücken, zwischen welcher die Sehne des 2. und 3. Extensors als eine 15 cm lange Schleife heraushing, während der 4. und 5. Strecker mit seinem Muskelbauch ganz herausgerissen war, so dass er nur an seinem distalen Ansatze mehr befestigt erschien.

Durch eine unverzüglich in Narkose vorgenommene Rücklagerung der 4 Sehnen und exakte Naht der Muskelrissstellen wurde Heilung der Wunde erzielt.

Pat. war durch 2 Monate hindurch noch stark in seiner Funktion behindert, konnte jedoch nach drei Monaten so gut alle Bewegungen ausführen, dass er zum Militär eingestellt wurde und ein tüchtiger, gewandter Turner ist, der alle militärischen Griffe ohne jedwede Schwierigkeiten ausführt. (Selbstbericht.)

---

69) **F. Bähr** (Hannover). Zur Lehre von der Coxa vara.

B. weist nach, dass die bei der Coxa vara am oberen, vorderen Ende des Schenkelhalses öfters verzeichnete Knochencrista, welche Sudeck als eine »Verstärkungsleiste« des Zugbogens aufgefasst hat, eine Rauhigkeit für die Kapselinsertion darstellt. Da sich die Hypothese von der primären Insufficienz des Zugbogens als Entstehungsursache für die Verbiegung bei Sudeck hauptsächlich auf die Deutung der Knochencrista stützt, so hält B. die Sudeck'sche Hypothese nicht für zulässig. Unter Hinweis auf die mannigfachen Variationen im Ansetzen der Kapsel, das Hinaufschieben dieser, das Bestreben, das eigentliche Gelenk abzuschließen, fasst B. die Hypertrophie der erwähnten Leiste bei Coxa vara als etwas Analoges auf, wie die Bildung der medialen Exostose am Metatarsus I beim Hallux valgus nach Heubach.

Weiterhin erwähnt B. die mannigfachen Variationen in der Länge des Schenkelhalses, das Hinneigen des Trochanter major nach der medialen Seite, worin der Grund liegt, dass die Bewegungshemmungen bald früher, bald später auftreten.

Für die Entstehung hält B. neben der Belastung in vorwiegend aufrechter Stellung die Belastung des schräg oder horizontal stehenden Oberschenkelknochens für wichtig, wodurch die Rückwärtsbiegung eben so wie die Torsion erklärt werden könne. Dies um so mehr, als nach B. eben so wie nach Hofmeister die Kocher'sche Extensionsstellung keineswegs immer vorhanden ist, um die von Kocher hervorgehobene Wirkung des Lig. ileofemorale zu bedingen.

B. nimmt drei Prädilektionsstellen für den Sitz der Verbiegung an: die Ansatzstelle des Schenkelhalses an der Diaphyse, weil dort der Biegungseffekt am größten ist, die Epiphysenlinie, weil dort eine

besondere Nachgiebigkeit in Folge noch nicht genau erkannter Vorgänge vorliegt, drittens die Stelle dicht unter der Kopfkappe, weil dort der Hals am schwächsten ist. Nach dem Entstehungsmechanismus giebt es Fälle, in welchen die Verbiegung mehr bei aufrecht stehendem Femur erfolgt, Fälle, wo der Oberschenkelknochen mehr in geneigter Stellung belastet wird, und Mischformen. In Verbindung mit der Lokalisationsprädisposition ergiebt sich daraus eine Fülle verschiedener Formen.

Bezüglich der inneren Architektur müssten wir nach den bisherigen Anschauungen erwarten, dass bei der Abbiegung nach unten eine Zunahme, eine Hypertrophie des Zugbalken eintrete, weil eine Zunahme der Zugbeanspruchung erfolgt. Die theils von Anderen beschriebenen, theils von B. in Gemeinschaft mit Dr. Reiner-Wien studirten Präparate lassen ein solches Verhalten nicht erkennen. Im Gegentheile findet sich nicht allzu selten eine ausgesprochene Atrophie des Zugbogens. Daraus ergiebt sich, dass entweder das Wolff'sche Transformationsgesetz mit der Behauptung, wo vermehrte Funktion, da vermehrte Anbildung, bei der Coxa vara sich bezüglich des sogenannten Zugbogens als unrichtig erweist, oder dass die Auffassung der Architektur des coxalen Femurendes in bisheriger Form unhaltbar ist. (Selbstbericht.)

---

70) **Reichel** (Chemnitz). Über Chondromatose des Kniegelenkes.

Vortr. berichtet über den überaus seltenen Fall einer wahren intraartikulären Knorpelgeschwulst der Synovialis des Kniegelenks.

Die Geschwulst hatte sich bei dem sonst völlig gesunden 36jährigen Pat. unter verhältnismäßig geringen Beschwerden innerhalb 5 Jahren zur jetzigen Größe entwickelt. Die Form des linken Kniegelenkes war durch sie wesentlich verändert. Entsprach die Form der Schwellung auch im wesentlichen den Grenzen der stark ausgeweiteten Kniegelenkkapsel, so war sie doch weit unregelmäßiger, als bei einem großen Flüssigkeitsergusse im Gelenke. Besonders auffallend für Auge und Tastsinn war eine nahezu faustgroße, anscheinend knochenharte Geschwulst, welche nach außen oben von der Kniescheibe dem Knochen unverschieblich aufzusitzen schien. Über ihr, so wie nach außen vom Kniescheibenbande fühlte man einige haselnussgroße freie Gelenkkörper. Der innere obere Theil des oberen Recessus wölbte sich in Form einer starren, wenig nachgiebigen, konvexen Platte vor. Bei Bewegungen des Gelenkes fühlte man lautes »Erbsenreiben«. Ein Flüssigkeitserguss fehlte. — Die Funktion des Beines war trotz der großen Geschwulst nur wenig gestört. Pat. ging fast ohne zu hinken, konnte das kranke Knie vollständig strecken und bis zu einem Winkel von ca. 110° beugen.

Behufs völliger Entfernung der Geschwulst machte sich die typische Kniegelenkresektion nothwendig. In ihrer gesammten Ausdehnung zeigt sich die Synovialkapsel erkrankt. Da, wo der Process

am wenigsten weit vorgeschritten war, war ihre Oberfläche durch eine Unzahl gewucherter, derber, knorpelhaltiger Synovialzotten von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße uneben, höckrig, rauh; an anderen Stellen war sie in eine 1—3 cm dicke knorplige Geschwulstmasse von 6—8—11 cm Länge und Breite umgewandelt, die durch die gespannte, aber selbst nirgends erkrankte Bindegewebskapsel gegen die knöchernen Femurkondylen angedrückt gehalten wurde, aber nicht — wie dies die klinische Untersuchung hatte vermuthen lassen — mit dem Knochen fest verbunden war oder gar von ihm ausging. Die Knorpelwucherung reichte überall bis zur Ansatzstelle der Gelenkkapsel, ließ aber die Gelenkknorpel, die Menisken, die knöchernen Gelenkenden frei. In der der Bursa poplitea entsprechenden hinteren Ausweitung der Gelenkkapsel saß eine Knorpelgeschwulst von der Größe eines kleinen Hühnereies innig der Wandung an. Im Gelenke selbst fanden sich außer weniger, ganz klarer Synovia einige erbsen- bis walnussgroße, drüsenförmige, wie knorplige freie Gelenkkörper, die augenscheinlich früher von der Hauptgeschwulstmasse abgebrochen waren.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein typisches hyalines Enchondrom von alveolärem Bau handelte. An einigen wenigen Stellen sah man einen Übergang des hyalinen Knorpels und eine Umwandlung der sonst bindegewebigen Stützsubstanz in Schleimgewebe. Für einen chronisch entzündlichen Process, insbesondere eine Arthritis deformans, bot weder der makro- noch der mikroskopische Befund irgend welchen Anhalt. Man kann das Leiden daher nur als wahre Gelenkgeschwulst, als eine diffuse Chondromatose der Gelenksynovialis bezeichnen. (Selbstbericht.)

---

71) **Bunge** (Königsberg i/Pr.). Demonstration einiger nach der Bier'schen Methode Amputirter.

Vortr. berichet unter Demonstration zweier Pat. mit tragfähigen Stümpfen kurz über die Erfahrungen, die an der Königsberger Klinik mit der Amputationsmethode nach Bier gemacht worden sind. Im Ganzen wurden 23 Fälle operirt. Die Technik ist dieselbe, wie sie vom Vortr. früher in der Deutschen med. Wochenschrift beschrieben wurde, und wie sie im Wesentlichen auch von Bier selbst jetzt acceptirt ist.

Die Vorwürfe, die gegen die Methode erhoben sind, vor Allem die angebliche Komplicirung der Amputationstechnik, können nicht als gerechtfertigt anerkannt werden. Die Methode unterscheidet sich von einer Unterschenkelamputation mit vorderem Lappenschnitt in ihrer jetzigen Form nur durch Aussägen eines Periost-Knochenlappens. Als bestes Instrument hierzu wird eine von Stille-Stockholm konstruirte Säge empfohlen, bei der das Sägeblatt jederzeit durch einige Griffe leicht während der Operation in jede Stellung gebracht werden kann.

Da die Methode bei vollem Gelingen stets einen tragfähigen Stumpf giebt und die Erzielung eines solchen auch bei nicht ganz reaktionslosem Wundverlaufe gelingen kann, so kann die Methode zur Zeit als die sicherste zur Erzielung tragfähiger, zum direkten Auftreten auf die Amputationsfläche geeigneter Stümpfe warm empfohlen werden.

Der sichere Gang der beiden demonstrirten Pat. und die vollständige Schmerzlosigkeit der Gehfläche der Stümpfe zeigen die Vortheile der Methode in hellem Lichte.

Bei der Nachbehandlung wird Werth darauf gelegt, die Pat. schon sehr frühzeitig — ev. schon am 10. Tage — vorsichtig Gehübungen machen zu lassen. Hierzu wird eine provisorische Stelze angelegt, die in einfachster Weise aus einem Holzprügel mit Hilfe von Gipsbinden hergestellt ist. (Selbstbericht.)

---

72) **Hirsch** (Köln). Vorstellung eines Unterschenkelamputirten mit tragfähigem Stumpfe und neuer Prothese.

Der 19jährige Zimmermann Wesarg wurde am 20. Juli 1899 in das Bürgerhospital zu Köln aufgenommen: posttraumatische Osteomyelitis tarsi sinistri. Am 11. September Amputation des linken Unterschenkels an der Grenze des unteren Schienbeindrittels; Bedeckung der glatt durchsägten Knochen mit einem einfachen großen Hautlappen, der von innen hinten nach außen vorn hinübergelegt wird.

Vier Wochen später, am 9. Oktober, folgender Status: Stumpfendfläche ödematös, cyanotisch, druckempfindlich; die Haut dem Amputationscallus fast unverschieblich aufsitzend; auf der vorderen Schienbeinfläche adhärente Narbe, am inneren Rande der Knochensägefläche ein hartes, linsengroßes, spitzes Knötchen (Regenerationsprodukt eines mit dem Raspatorium losgeschabten Periostfetzens), das, beim Gegendrücken der Haut von innen her einstechend, starken Schmerz verursacht.

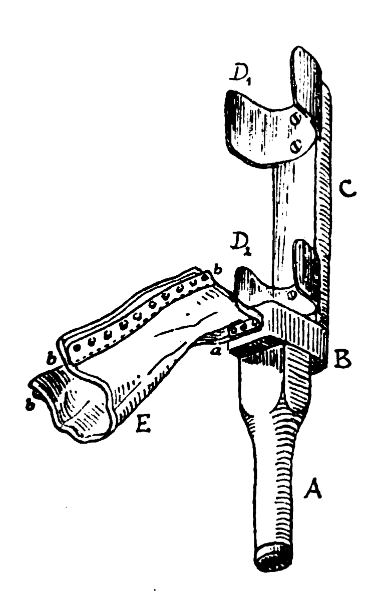
Es werden nun methodische Tretübungen gegen eine ins Bett gestellte Holzkiste ausgeführt. Jedes Mal hinterher Freiübungen; dann wird der Stumpf wieder hoch gelegt; 2mal täglich Massage.

Drei Wochen später (am 1. November 1899): Ödem und Cyanose der Stumpfendfläche geschwunden, die Haut der Stumpfbedeckung und die Narbe leicht verschieblich und nicht mehr druckempfindlich. Das Periostknötchen hat sich vom Knochen losgelöst, eine rundliche Form angenommen und verursacht nur mehr geringfügigen Schmerz (durch weitere Massage wurde es völlig zum Schwinden gebracht).

Seitdem geht der Amputirte, direkt mit dem Stumpfende auftretend, leicht und sicher und ohne zu hinken mit einer neuen Prothese, die jede seitliche Unterstüzung des Stumpfes ausschließt. Der Amputirte hat, ohne Schaden für den Stumpf, seit 6 Wochen täglich 10 Stunden freistehend gearbeitet.

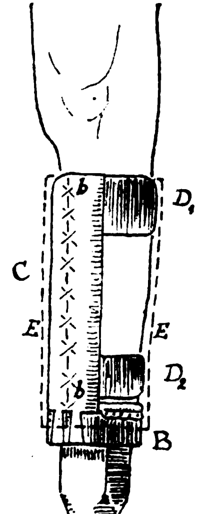
Wie bei dem vorgestellten Amputirten, so hat der Vortr. — im Bürgerhospitale zu Köln, dirigirender Arzt: Geh. San.-Rath Prof. Dr. Bardenheuer — noch bei drei anderen Diaphysenamputirten ohne osteoplastisches Verfahren (Bier) durch gymnastisch-orthopädische Nachbehandlung völlige Unempfindlichkeit und Tragfähigkeit des Stumpfes erzielt. Das Wesentliche sind die gymnastischen Übungen, welche dem Stumpfende es ermöglichen, sich der neuen Funktion allmählich anzupassen, und welche zugleich eine Verbesserung der ungünstigen Cirkulationsverhältnisse in dem Stumpfe bewirken. Die Massage spielt eine zweite Rolle. Sie muss die Adhäsionen der Narbe dehnen und Unregelmäßigkeiten der Callus-

Fig. 1.



Prothese mit Schienbeinschiene für tragfähige Unterschenkelstümpfe — in perspektivischer Rückansicht.

Fig. 2.



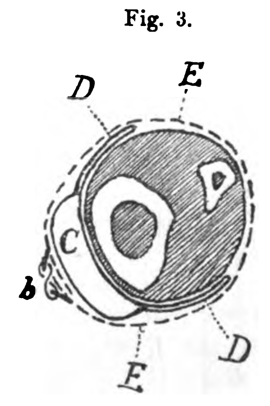
Linksseitiger Unterschenkelstumpf mit der Schienbeinschienen-Prothese — in Vorderansicht.

bildung ausgleichen, und sie wäre vielleicht bei einem idealen Stumpfe ganz entbehrlich. (Eine erste Veröffentlichung ist in der Deutschen med. Wochenschrift 1899 No. 47 erfolgt.)

Die Prothese besitzt eine neue Befestigungseinrichtung. Das die Verkürzung des Stumpfes ausgleichende Stelzenstück *A* trägt oben die Stützplatte *B*, auf welcher die Stumpfendfläche aufruht, und welche gegen den Stumpf durch eine Schienbeinschiene (*C*) und eine Segeltuchgamasche (*E*) festgehalten wird.

Die Stützplatte ist von rechteckigem Querschnitte (die Ecken sind abgerundet), und sie legt sich so gegen die Stumpfendfläche, dass die verlängerte Crista tibiae die eine der Ecken der Platte trifft, und dass die eine Schmalseite der letzteren dem vorderen inneren Rande der Schienbeinsägefläche parallel gerichtet ist. In die vordere innere Kante der Stützplatte ist die Schienbeinschiene eingelassen, und so kommt diese Schiene gegen die unter der Haut durchzufühlende vordere innere Schienbeinfläche zu liegen; sie reicht aufwärts bis in die Nähe der Tuberositas tibiae. Oben und unten sind in die hölzerne Schiene je eine Eisenblechspange eingelassen, die den Stumpf zur Hälfte umgreifen und nach der Form des Stumpfes zurechtgebogen sind.

Fig. 3.



Durchschnitt durch das obere Stumpfende mit Ansicht auf Schienbeinschiene und obere Metallspange.

Die Gamasche wird durch ein rechteckiges Stück Segeltuch (*E*) gebildet, das mit der Mitte seines unteren Randes (bei *a*) an der hinteren Schmalseite der Stützplatte befestigt ist. Der obere Rand des Tuches reicht bis über die obere Metallspange; die Seitenränder tragen die Schnürvorrichtung (*b b*), die mitten auf die Schienbeinschiene (also erheblich einwärts von der Mittellinie des Stumpfes) zu liegen kommt.

Vor dem Anlegen der Prothese ist der Stumpf mit einer Flanellbinde fest zu umwickeln; sonst sinkt die Prothese in Folge der Schlaffheit der Weichgebilde des Stumpfes beim Aufheben des Beines etwas hinab. (Verwendet man die Schienbeinschiene bei einem künstlichen Fuße, so müssen über die Segeltuchgamasche noch zwei Gummigurte übergeschnallt werden, um ein Rutschen der Prothese zu verhüten.)

Die Schienbeinschienenprothese ist nur für tragfähige Stümpfe der unteren Hälfte des Unterschenkels verwendbar. Für diese Stümpfe besitzt die Prothese die folgenden Vorzüge:

1) Sie ist erheblich leichter und desshalb auch erheblich billiger herzustellen, als irgend eine andere Prothese für tiefe Unterschenkelstümpfe.

2) Sie ist von verhältnismäßig geringem Gewichte (400—600 g).

3) Die Beweglichkeit des Kniegelenkes ist unbeschränkt.

4) Die gleichmäßige Umschnürung des Stumpfes schafft die günstigsten Bedingungen für die Blutcirkulation. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bunge: Die einfache Gipsstelze, wie sie an der Königsberger Klinik benutzt wird, verdient vor der von Herrn Hirsch demonstrirten den Vorzug wegen der Leichtigkeit und Billigkeit der Herstellung, die es ermöglichen, die Pat. und zumal mittellose Kranke

mit den einfachsten Mitteln völlig unabhängig von den komplicirten Apparaten der Bandagisten zu machen.

Der von Herrn Hirsch erzielte Amputationsstumpf ähnelt in seiner Form sehr einem an der Königsberger Klinik erzielten. Es handelte sich um einen nach Bier Amputirten, bei dem der Knochendeckel wegen sekundärer Nekrose extrahirt werden musste. Bei dieser sekundären Operation wurde konstatirt, dass die Markhöhle durch eine ebene Knochennarbe verschlossen war; das Periost wurde cirkulär in der Höhe der Tibiawundfläche abgetragen. Der Amputationsstumpf ist danach tragfähig geblieben. Vortr. hält es für möglich, dass es nach solchen Erfahrungen ev. gelingen kann, die Technik zur Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe zu vereinfachen. Das Princip muss sein, einen Periost- und einen Markcallus von der Gehfläche fernzuhalten. Vielleicht gelingt dies dadurch, dass man das Periost in der Höhe, wo die Absetzung der Tibia erfolgt, cirkulär amputirt und die Markhöhle auf eine kurze Strecke ausräumt. Bis Erfahrungen in dieser Hinsicht gesammelt sind, hält man am besten an der Bier'schen Methode als der sichersten zur Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe fest. (Selbstbericht.)

---

73) **Grosse** (Halle aS.).

G. stellt ein 10jähriges Mädchen vor, bei dem durch Implantation eines $5^1/_2$ cm langen Tibiastückes eines Erwachsenen, das vorher ausgekocht war, eine seit dem 2. Lebensjahre bestehende Pseudarthrose des linken Unterschenkels geheilt worden ist. Knochennaht, so wie Implantation einer kortilaginären Exostose und ein andermal eines Stückes einer Ulna — beide gleich frisch überpflanzt — hatten nicht zum Ziele geführt; die implantirten Knochenstücke waren resorbirt worden. Vor $1^1/_4$ Jahre geschah die Implantation des oben erwähnten ausgekochten Tibiastückes. An der Hand von Röntgenbildern wurde alle 4—6—8 Wochen das Verhalten des Knochens beobachtet. Man fand zunächst geringe Resorptionsvorgänge an den Kanten, besonders den Enden. Erst nach Jahresfrist zeigt sich auf einem Bilde Knochenneubildung an den Enden des implantirten Stückes, auf dieses von den Enden der jugendlichen Tibia übergehend. Erwähnt sei noch, dass im Bereiche des implantirten Knochenstückes das Periost verloren war. Nach $1^1/_4$ Jahre ist Konsolidation völlig vorhanden; das Kind kann auf dem allerdings noch sehr verkürzten Beine stehen.

(Selbstbericht.)

---

74) **Joachimsthal** (Berlin). Zur diagnostischen Verwerthung des Röntgenverfahrens.

J. spricht zur diagnostischen Verwerthung des Röntgenverfahrens und projicirt im Auftrage einer Anzahl von Mitgliedern der deutschen

Gesellschaft für Chirurgie, so wie aus seiner eigenen Sammlung entsprechende Röntgenbilder. Von Interesse sind namentlich die von Kümmell-Hamburg stammenden Bilder von Pat. mit Fisteln, deren Ursprungsherd nach vorheriger Einspritzung von Jodoformemulsion sich auf den Skiagrammen in Folge der schweren Durchlässigkeit des Jodoforms für die X-Strahlen ergiebt. In einem Falle von Fistelbildung in der Ileocoecalgegend, bei der man eine perityphlitische Erkrankung annehmen zu müssen geglaubt hatte, führte der auf dem Skiagramme sich deutlich markirende, mit Jodoformemulsion gefüllte Fistelgang zur rechten Niere. Es hat demnach eine paranephritische Eiterung vorgelegen. Andere Bilder zeigen seltene Frakturen, Kugeln im Gehirne, syphilitische Erkrankungen des Skelettes, die Entstehung der Zehendeformitäten unter dem Einflusse unzweckmäßigen Schuhwerks u. A. m. (Selbstbericht.)

---

75) **Joachimsthal** (Berlin). Die angeborenen Anomalien im Röntgenbilde.

J. demonstrirt eine Anzahl von Bildern, die die hohe Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Erforschung der angeborenen Deformitäten vor Augen führen. Zur Besprechung kommen dabei u. A. der augeborene Hochstand des Schulterblattes, die fötalen Amputationen, Defektbildungen an den langen Röhrenknochen, an Händen und Füßen, die angeborene Skoliose. (Selbstbericht.)

---

76) **Poelchen** (Zeitz). Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.

P. zeigt das Röntgenbild und Präparat eines Speiseröhrendivertikels von einer 47 Jahre alten Frau, die er am 3. April d. J. mit gutem Erfolge operirt hat. Die Frau hatte seit 7 Jahren Schluckbeschwerden, die sich in letzter Zeit sehr steigerten und zu einem bedeutenden Verluste an Körpergewicht geführt hatten. Mit richtiger Diagnose wurde die Frau von Dr. Purrucker-Droyssig dem Krankenhause in Zeitz überwiesen, wo sofort die Einführung eines Mercier-Katheters in die Speiseröhre gelang, so dass es möglich war, die Zuführung von Nahrung durch den Magenschlauch geschehen zu lassen. 8 Tage hindurch ging das durchaus gut, Pat. nahm an Gewicht wesentlich zu. Am 1. April stellten sich der Einführung Hindernisse entgegen, die nicht erkannt und trotz langdauernder Bemühungen von 3 Ärzten nicht überwunden werden konnten, so dass am 3. April zur Operation geschritten werden musste. Durch die vergeblichen Sondirungsversuche am 1. April war eine linksseitige Recurrenslähmung veranlasst worden, die sich im Laufe der Nachbehandlung wenig angenehm bemerklich machte. Die Operation wurde mit der Absicht begonnen, den Sack zu exstirpiren und das Loch am untersten Ende des Schlundes sofort zu nähen. Von der Naht musste Abstand genommen werden, da bei der Isolirung des

Divertikelhalses dieser an der Hinterfläche abriss, so dass eine Vernähung sich als unmöglich herausstellte.

Die Pat. wurde zuerst mit dem Schlundrohre von der Wunde aus, dann mit der durch den Mund eingeführten Röhre ernährt; am 8. Mai hat sie zuerst feste Nahrung selbst geschluckt.

Das vorgezeigte Präparat entspricht in seiner Form ziemlich genau dem Göttinger Präparate, welches in König's »Krankheiten des Pharynx und Ösophagus« auf p. 84 abgebildet ist; nur war der Sack 2 cm kürzer. (Selbstbericht.)

77) **Immelmann** (Berlin). Die bösartigen Geschwülste der Knochen im Röntgenbilde.

Redner weist auf die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose der Knochenaffektionen hin, namentlich im Anfange, so lange die Symptome noch unklar sind. Durch die Vorführung seiner Röntgenbilder zeigt er, ein wie großes Unterstützungsmittel wir in den Röntgenstrahlen bei der Stellung der Diagnose in solchen Fällen haben. Das Bild einer gutartigen Geschwulst, sei es ein Osteom, ein Enchondrom, ein Knochenaneurysma, unterscheidet sich von dem eines Sarkoms, von dem eines chronischen Entzündungsprocesses, also Lues und Tuberkulose, ganz wesentlich. Im Anschlusse an seine Bilder einer Reihe von Sarkomen, Lues, Tuberkulose der Knochen führt Vortr. Lungentuberkulose mit Kavernenbildung, gichtische Auflagerungen, verkalkte Cysticerken der Haut, so wie noch einige interessante Luxationen und Frakturen vor.

(Selbstbericht.)

78) **C. Lauenstein** (Hamburg). Demonstration von Präparaten eines Falles von Spontanfraktur des Oberschenkels, in dem durch X-Strahlen multiple Tumorbildung im Skelett nachgewiesen wurden.

Die Röntgenbilder betrafen eine 51jährige Frau, die seit mehreren Jahren leidend war und wiederholt wegen »rheumatischer« Schmerzen in den Gliedern behandelt wurde. Am 25. Juli 1899 schwoll das linke Bein stark an; am Abend des 8. August 1899 erlitt sie beim Umdrehen im Bette eine Spontanfraktur des linken Oberschenkels an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel, die keinerlei Tendenz zur Heilung zeigte. Am 23. August wurde sie in Bethesda aufgenommen. Das Bein war sehr stark geschwollen und schmerzhaft. Da keine Heilung des Knochenbruches eintrat, entschloss sich Pat. zur Amputation, die am 3. November 1899 an der Bruchstelle ausgeführt wurde.

An dem amputirten Beine fanden sich nun multiple Tumoren in Femur und Tibia, theils im Marke, theils cortical resp. subperiostal. Ferner zeigte sich im Femur und der Tibiadiaphyse lymphoides Mark, während die Epiphysen normales Fettmark enthielten. Dazu bestand



hochgradige Osteoporose, so dass man das Femur zwischen 2 Fingern zerdrücken konnte, und starke Verminderung der Kalksalze. Die Geschwülste erwiesen sich mikroskopisch als Riesenzellensarkome (»tumeurs à myeloplaxes«).

Im Skelett der jetzt noch lebenden Pat. ließen sich nun durch X-Strahlen zahlreiche Geschwülste nachweisen, namentlich an den Rippen, am rechten Unterschenkel, den Vorderarmen, den Mittelhand- und Fingerknochen, theils im Marke, theils cortical sitzend.

In den Oberarmen, dem rechten Femur und in den Knochen beider Füße keine Geschwülste nachweisbar.

Rippen, Lendenwirbelsäule, Beckenknochen und lange Röhrenknochen in wechselnder Stärke druckempfindlich.

Keine Druckempfindlichkeit besteht am Schädel, der Halswirbelsäule, Schlüsselbeinen und Schulterblättern.

Äußere Verdickung nur am rechten Schienbeine und dem 3. Mittelhandknochen der rechten Hand zu fühlen.

Difformitäten des Skelettes fehlen.

Während des 8monatlichen Hospitalaufenthaltes nie Fieber, keine Verdauungsstörungen, keine Blutveränderungen, keine Drüsenschwellungen, keine Veränderung von Leber und Milz, keine Tumoren im Körper außer dem Skelette. Im Urin nur geringer Eiweißgehalt und spärliche Cylinder, kein Albumosengehalt. Der Bence-John'sche Körper fehlt. Ausgesprochene Abhängigkeit des subjektiven Befindens von der Witterung.

Nachträglich wurde festgestellt, dass eine Reihe von Geschwistern an Tuberkulose, andere an Nervenleiden gestorben sind.

(Selbstbericht.)

---

79) **Sudeck** (Hamburg). Röntgenbilder von Knochenatrophien.

S. demonstrirt Röntgenbilder von Knochenatrophien der verschiedenartigsten Provenienz. Die Röntgenstrahlen sind nicht nur ein treffliches Mittel, das Bekannte auf diesem Gebiete zur Anschauung zu bringen, wie z. B. den Knochenschwund bei Amputationsstümpfen, bei Altersatrophie und bei cariösen Herden des Knochenmarkes, sondern fördern auch manches Unbekannte zu Tage.

Man erkennt die Atrophie zuverlässig nur im Vergleich mit den entsprechenden gesunden Knochen bei derselben Beleuchtungsintensität.

Bekanntlich wird ein erwachsener atrophirender Knochen nicht kleiner, sondern nur leichter, weniger massig und somit für Röntgenstrahlen durchlässiger.

Die einfache Inaktivitätsatrophie nach Frakturen des Unterschenkels ist bereits nach ca. 6—8 Wochen andeutungsweise zu erkennen. Einen höhern Grad nimmt sie erst nach längerem Bestehen des Nichtgebrauchs an, wie an mehreren Präparaten von Pseudarthrose der Unterschenkelknochen demonstrirt wird.

Im Gegensatz zu der einfachen Inaktivitätsatrophie tritt bei entzündlichen Affektionen der Gelenke innerhalb weniger Wochen eine akute Atrophie der spongiösen Knochensubstanz der Nachbarschaft auf. Zum Belege dafür werden Röntgographien von Handgelenken mit ihrer Umgebung gezeigt, und zwar Arthritis tuberculosa, septica, gonorrhoica. Man sieht hier die Handwurzelknochen verschwommen, in ihrer Kontur nicht mehr erkennbar (Exsudatwirkung), die spongiöse Substanz der Basis und der Köpfe sämmtlicher Metatarsalknochen und sämmtlicher Finger zeigen einen auffallend starken Schwund der Knochenmasse (Durchgängigkeit für Röntgenstrahlen), obgleich die dazu gehörigen Gelenke selbst keine Entzündungserscheinungen zeigen. Nach Ablauf der Entzündung und nach Wiederherstellung der Funktion durch orthopädische Übungen sind die Atrophien wieder verschwunden. — Diese Erscheinung von akuter Atrophie ist besonders im Vergleich zu der Inaktivitätsatrophie so auffallend, dass man an eine auf reflektorischem Wege zu Stande gekommene trophische Störung denken muss, wie dieses ja bereits von Muskeln bekannt ist. Auch bei tuberkulöser Caries der Knochen kann die hochgradige Knochenatrophie nicht nur durch Inaktivität zu Stande gekommen sein, denn sie beschränkt sich nicht nur auf den cariösen Knochen, sondern ergreift auch die benachbarten Knochen (Demonstration eines Präparates von Caries metacarpi II. Atrophie sämmtlicher übriger Metacarpalknochen und der Finger trotz ungestörter Funktion.) — Außerdem werden Präparate von Knochenatrophien demonstrirt bei peripherer Neuritis, cerebraler Hemiplagie ohne Spasmen.

Ein Präparat von schlaffer Lähmung beider Beine in Folge von Myelitis transversalis, die 5 Jahre lang bestand, zeigte eine so hochgradige Atrophie der Fußknochen, dass eine Struktur kaum noch zu erkennen war und die Knochen ganz durchsichtig, wie ausgeblasen aussahen. Dagegen war eine Knochenatrophie nicht zu konstatiren an dem Fußskelett eines Mannes, der ebenfalls ca. 5 Jahre lang eine vollständige Lähmung beider Beine gehabt hatte. In diesem Falle handelte es sich aber um ein spastische Lähmung. Die beständig kontrahirten Muskeln hatten die Knochen in beständiger Funktion erhalten und eine Atrophie nicht eintreten lassen.

(Selbstbericht.)

---

80) **E. Holländer** (Berlin). Projektionsbilder.

H. zeigt Projektionsbilder von durch Heißluftkauterisation geheilten ausgedehnten Blutschwämmen des Gesichts und Dauerresultaten von geheilten Lupusformen des Gesichts. (Selbstbericht.)

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 29. December. 1900.

Medicinischer Anzeiger.



Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT A. M.

EUCHININ Gleiche Heilwirkung wie Chinin bei Fiebern, Influenza, Malaria, Typhus, Keuchhusten, Neuralgie u. als Roborans. **Euchinin** schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. Dosis wie bei Chinin.

EUNATROL Vorzügliches Cholagogum, kann in Form der **Eunatrol-Pillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen werden. Dosis: 4 Pillen à 0,25 g Morgens und Abends mehrere Wochen lang.

VALIDOL Energisches, lokal reizloses Analepticum, Antihystericum und Antineurasthenicum; ferner gutes Stomachicum und sehr wirksam gegen **Seekrankheit.** Dosis: 3—5—10 Tropfen auf Zucker oder in Sherry.

UROSIN Unschädliches Heilmittel und Prophylacticum gegen **Gicht** und **Harnsäure-Diathese.** Kann auch in Form von Tabletten oder Brausesalz verordnet werden. Dosis: 6—10 Tabletten pro Tag mehrere Wochen lang.

FORTOIN Geschmackfreies **Antidiarrhoicum,** sicher wirksam bei Durchfällen aller Art, auch bei tuberkulösem Darmkatarrh. Im Gegensatz zu den Tanninpräparaten ist es ein wirkliches Heilmittel. Dosis: 3×0,25 g pro Tag für Erwachsene. **Fortoin** besitzt eine bedeutende fäulniswidrige, baktericide Kraft und ist daher auch ein gutes **Antigonorrhoicum.**

EUPYRIN Absolut unschädliches **Antipyreticum,** besitzt im Gegensatz zu den sonstigen Phenetidin-Präparaten statt der narkotischen eine **belebende** Nebenwirkung mit ausgesprochener **Euphorie,** daher indicirt in allen **Fieberanfällen bei Kindern, alten Leuten, Zuständen erheblicher Schwäche und wo Collaps zu befürchten ist.** Mittlere Dosis für Erwachsene: 1,5 g als Pulver, 1- oder 2mal pro die, ohne Zusatz.

Proben Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

Fernere Specialitäten: Chinin, Chinin-Perlen, Cocain, Caffeïn, Extrakte, Jodpräparate etc.



Weltausstellung Paris 1900 Goldene Medaille.

Elektrische Anschlussapparate

in jeder Ausführung für

medicinische u. chirurgische Zwecke

bauen





Faradisation mittels Anschlussapparats

Aseptischer, med.-chirurgischer Anschlussapparat nach Prof. Dr. **Krönlein.**

Geliefert u. A. an: Chirurg. Klinik Zürich; Chir. Klinik Basel; Städt. Spital Chaux-de-Fonds; Ohrenklinik Basel; Neues Allg. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf; Frauenspital Basel; Dr. med. Schlumberger-Mülhausen i/E.; Privatspital Dr. E. Burckhardt de Bary-Basel; Chir. Poliklinik Basel; Sanatorium Schatzalp Davos; Lutz&Schulz, Buenos-Ayres, für ein Krankenhaus etc.

Fr. Klingelfuss & Co., Basel,

Special-Fabrik für Instrumente, Apparate und Maschinen für die ärztliche Praxis.

Ausführliche Prospekte und Preisliste auf Anfrage kostenlos erhältlich.

Bestellzettel.

Bei der Buchhandlung von ....

....bestelle zum Preise von je 1 ℳ

1 Einbanddecke zum Centralblatt für innere Medicin 1900
1 „ „ „ „ Chirurgie 1900
1 „ „ „ „ Gynäkologie 1900

(Leipzig, Breitkopf & Härtel.)

Ort und Datum: **Name:**

Bestellzettel.

Bei der Buchhandlung von ....

bestelle zum Preise von je 1 M ....

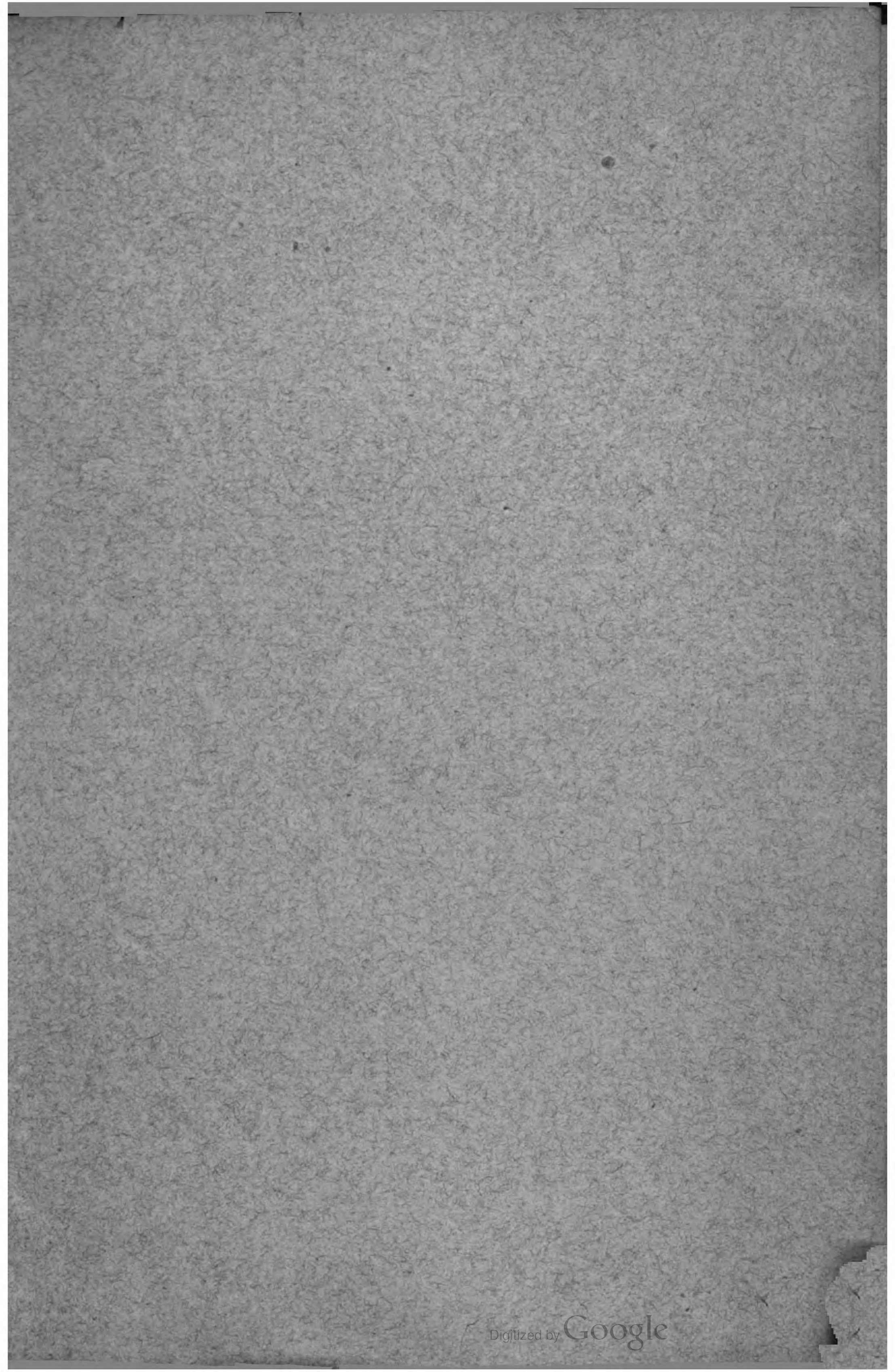
1 Einbanddecke zum Centralblatt für innere Medicin 1900
1 „ „ „ „ Chirurgie 1900
1 „ „ „ „ Gynäkologie 1900

(Leipzig, Breitkopf & Härtel.)

Ort und Datum: Name:

Digitized by Google

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.






UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07582 2455

